



O SETOR DA PATOLOGIA CLÍNICA EM PORTUGAL

CUSTOS PÚBLICOS E PRIVADOS DE MEIOS COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA (MCDT) – ANÁLISES CLÍNICAS

Por

PAULO ALEXANDRE MORENO DA CRUZ FAZENDA

Dissertação de Mestrado em
GESTÃO E ECONOMIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Orientada por
PROF. DOUTOR JOSÉ FERNANDO GONÇALVES

2012

NOTA BIOGRÁFICA

Paulo Alexandre Moreno da Cruz Fazenda nasceu na cidade da Covilhã em 26 de Novembro de 1972, reside em Água Longa, Santo Tirso, é casado e tem duas filhas.

Concluiu o Bacharelato em Análises Clínicas e Saúde Pública da Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto em 1994, com a média final de 15 valores.

Ingressou na Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto tendo frequentado a Licenciatura em Ciências Farmacêuticas até ao 4.º Ano.

Concluiu a Licenciatura em Análises Clínicas e Saúde Pública da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (Cespu) em 2008, com a média final de 15 valores.

Em 2009 ingressou no Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto, tendo concluído a parte curricular do mesmo com a média de 14 valores.

A nível público, exerceu funções técnicas no serviço de Imunohemoterapia do Hospital Distrital de Aveiro e no serviço de Patologia Clínica do Hospital de S. Gonçalo – Amarante, entre 1994 e 1998, tendo renunciado ao seu lugar de quadro de pessoal deste último em fevereiro de 1998, para se dedicar exclusivamente à atividade privada.

A nível privado, exerceu funções técnicas em vários Laboratórios de Análises Clínicas em S. Mamede de Infesta, Amarante, Torre de Moncorvo, Vila Nova de Foz Côa, Vila Nova de Gaia, Matosinhos, Porto e Bragança, entre 1994 e 2009.

Desde 1996 que desempenha funções de organização e gestão de várias unidades de saúde privadas nas áreas de Análises Clínicas, Imagiologia e Medicina Física e Reabilitação, estando desde 2010 dedicado apenas à área da gestão.

AGRADECIMENTOS

Todos nós aprendemos a viver e a ser quem somos através da interação com as pessoas que nos rodeiam e da partilha de conhecimentos e emoções. Assim, só tenho que expressar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que privaram e privam comigo, e que, de uma maneira ou de outra, contribuíram e contribuem para eu chegar onde cheguei e ser quem sou.

Para atingir este grande objetivo começo por agradecer ao Professor Doutor José Fernando Gonçalves, orientador desta dissertação, pela sua partilha de saber e pelas suas valiosas contribuições para a elaboração e conclusão deste trabalho. Apesar de todas as adversidades e contratempos, esta dissertação chegou ao fim e o seu auxílio foi decisivo para a sua concretização. Como é óbvio, quaisquer erros, imprecisões ou omissões são da minha inteira responsabilidade.

Ao Professor Doutor Álvaro Almeida, diretor do mestrado e a todos os Professores da Faculdade de Economia da Universidade do Porto (FEP) por toda a partilha de conhecimentos, experiências e disponibilidade demonstrada ao longo de todo o mestrado, o meu reconhecido agradecimento. Uma palavra muito especial para a Doutora Susana Oliveira, que esteve sempre presente quanto precisei.

A todos os colegas da FEP quero agradecer a amizade, a cumplicidade e os conhecimentos partilhados ao longo de jornadas intermináveis de trabalho. Obrigado Ana, Bruno e Teresa pelos momentos mágicos que vivemos na FEP.

O meu profundo e sentido agradecimento à minha querida Mãe que sempre me motivou e deu força em todos os dias da minha vida. Agradecer é pouco, comparado com tudo aquilo que fazes por mim. Pela tua força, exemplo de dedicação e incentivo na concretização dos objetivos, a minha eterna gratidão.

Para terminar, à minha esposa quero agradecer todo o carinho, cumplicidade, sacrifício, compreensão e incentivo. A ela e às nossas duas filhotas, luz das nossas vidas, dedico este trabalho.

RESUMO

Os serviços de Patologia Clínica das instituições e estabelecimentos hospitalares públicos, bem como os Laboratórios de Análises Clínicas privados convencionados, são unidades de prestação de cuidados de saúde na área dos Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT), ambos integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Os cuidados de saúde prestados são um conjunto de exames e testes laboratoriais, de prescrição médica obrigatória, que vão permitir ao clínico, na posse dos resultados dos exames e através da sua comparação com os valores considerados normais para esses parâmetros (valores considerados de referência para uma determinada população), diagnosticar ou controlar alguma doença e, conseqüentemente, sempre que o médico entenda oportuno, prescrever o tratamento adequado.

Perante o atual contexto de contenção de gastos no setor da saúde (e mesmo redução de custos em alguns setores) e a conseqüente preocupação com a eficiência de todo o sistema de saúde, achou-se pertinente a realização deste trabalho, onde se pretendeu elencar algumas diferenças de custos unitários médios ponderados pelos exames analíticos quando estes são efetuados em serviços públicos e em serviços privados, ambos integrados na rede de prestação de cuidados de saúde do SNS. Para o efeito, levou-se a cabo um conjunto de pesquisa e recolha de dados em que fosse plausível suportar esta pequena contribuição para o assunto.

Os resultados das várias comparações efetuadas permitem elencar algumas diferenças sobre o custo unitário médio ponderado por exame em algumas valências da área das análises clínicas, tanto a nível do próprio setor público, como na comparação entre este e o setor privado, mas não podemos afirmar categoricamente em qual dos setores esse custo é mais consentâneo com os interesses do Estado, isto é, do ponto de vista de menos gastos para o SNS.

Palavras-chave: análises clínicas, custo unitário ponderado, público, privado

JEL Codes: I1, I19

ABSTRACT

Pathology services institutions and public hospitals as well as private Clinical Analysis Laboratories agreed, are units providing health care in the field of Complementary Means of Diagnosis (MCDT), both integrated into the National Health Service (NHS). The healthcare provided are a set of examinations and laboratory tests, prescription mandatory, which will allow the clinician in possession of examination results and by comparing it with the normal values for these parameters (reference values considered a given population), diagnosing or monitoring disease, and consequently, whenever the physician considers appropriate, prescribe the appropriate treatment.

Given the current context of cost containment in the health sector (and even lower costs in some sectors) and the consequent concern about the efficiency of the entire health system, it was felt appropriate to conduct this work, where we intend to list some differences the weighted average unit cost by analytical tests when they are made in public and in private, both integrated network of health care the NHS. To this end, we took out a set of research and data collection that would plausibly support this small contribution to the subject.

The results of the multiple comparisons made allow list some differences on the weighted average unit cost per test valences in some area of medical tests, both in the public sector itself, as in the comparison between this and the private sector, but we can not say categorically in which sectors of the cost is more in line with the interests of the State, from the standpoint of less spending for the NHS.

Keywords: clinical analysis, weighted unit cost, public, private

JEL Codes: I1, I19

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

NOTA BIOGRÁFICA	i
AGRADECIMENTOS	ii
RESUMO	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE DE CONTEÚDOS	v
ÍNDICE DE FIGURAS	vii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE TABELAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xii
CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO / DEFINIÇÃO DO TEMA	1
CAPÍTULO 2. METODOLOGIA	4
CAPÍTULO 3. O MERCADO DA SAÚDE	5
3.1. As características especiais do bem “cuidados de saúde”	5
3.2. O mercado de cuidados de saúde	8
3.3. Procura e oferta de cuidados de saúde	9
3.3.1. Teoria Económica da procura e procura de cuidados de saúde	10
3.3.2. Fatores determinantes da procura e fatores determinantes da procura de cuidados de saúde	11
3.3.3. Elasticidade, elasticidade da procura e elasticidade da procura de cuidados de saúde	14
CAPÍTULO 4. O ESTADO DA ARTE	19
4.1. Considerações gerais	19
4.2. Evolução do setor da Patologia Clínica	20
CAPÍTULO 5. SELEÇÃO E RECOLHA DE DADOS	24
5.1. Universo Geral da Amostra	24
5.2. Universo Específico da Amostra	27
5.3. Caracterização da Amostra	29
5.3.1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	29

5.3.2. Centro Hospitalar de S. João, EPE	29
5.3.3. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia//Espinho, EPE	30
5.3.4. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	30
5.3.5. Centro Hospitalar de Coimbra, EPE	31
5.3.6. Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	31
5.3.7. A.D.S.E. (Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas)	32
5.3.8. Perfis Analíticos Básicos	33
5.3.8.1. Tabelas de Preços de MCDT utilizadas	35
CAPÍTULO 6. ANÁLISE DOS DADOS E DOS RESULTADOS OBTIDOS	36
6.1. Setor Público	36
6.1.1. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE <i>versus</i> Centro Hospitalar de S. João, EPE	36
6.1.2. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE <i>versus</i> Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE	39
6.1.3. Centro Hospitalar de Coimbra, EPE <i>versus</i> Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE	42
6.2. Setor Público <i>versus</i> Setor Privado	45
6.2.1. Centro Hospitalar de S. João, EPE <i>versus</i> Setor Privado	45
6.2.2. Unidade Local de Saúde do Nordeste, epe <i>versus</i> Setor Privado	52
6.2.3. Setor Público <i>versus</i> Setor Privado “o top ten”	55
6.2.4. Setor Público <i>versus</i> Setor Privado <i>versus</i> ADSE	61
CAPÍTULO 7. CONCLUSÕES E DESAFIOS FUTUROS	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Gastos totais dos países da OCDE, em % do PIB, no ano de 2010	5
---	---

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009	37
Gráfico 2 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009	37
Gráfico 3 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009	38
Gráfico 4 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009	38
Gráfico 5 – CHVNGE vs. IPOPFG para os anos de 2005 a 2009	40
Gráfico 6 – CHVNGE vs. IPOPFG para os anos de 2005 a 2009	40
Gráfico 7 – CHVNGE vs. IPOPFG para os anos de 2005 a 2009	41
Gráfico 8 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009	42
Gráfico 9 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009	43
Gráfico 10 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009.	
Custo unitário médio ponderado por exame analítico	44
Gráfico 11 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009	44
Gráfico 12 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – valência de química clínica	46
Gráfico 13 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – valência de hematologia	46
Gráfico 14 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – valência de imunologia	47
Gráfico 15 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – valência de microbiologia	47
Gráfico 16 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – todas as valências laboratoriais	48
Gráfico 17 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – total de gastos	48
Gráfico 18 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – custo unitário médio ponderado por exame analítico para todas as valências laboratoriais	49
Gráfico 19 – ULS do Nordeste vs. LAC Privado – Total de custos para os anos considerados de 2006 a 2009	54

Gráfico 20 – ULS do Nordeste vs. LAC Privado – Custo unitário médio ponderado por exame analítico para todos os anos considerados	55
Gráfico 21 – Custo total das “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2008	56
Gráfico 22 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2008	57
Gráfico 23 – Custo total das “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2009	58
Gráfico 24 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2009	59
Gráfico 25 – Custo total das “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2010	60
Gráfico 26 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2010	61
Gráfico 27 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas do SNS para as entidades públicas de 2007 a ago.12	62
Gráfico 28 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas da ADSE para as entidades públicas e entidades privadas convencionadas de 2007 a ago.12	64
Gráfico 29 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas do SNS para as entidades privadas convencionadas de 2007 a ago.12	65
Gráfico 30 – Perfis analíticos onde existe uma maior variabilidade inicial de preços entre as várias tabelas. Comparação em 2007 e ago.12	67
Gráfico 31 – Perfis analíticos onde existe uma maior equivalência inicial de preços entre as várias tabelas. Comparação em 2007 e ago.12	68
Gráfico 32 – Evolução temporal de preços para todas as tabelas consideradas (entre 2007 e ago.12)	68

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Hospitais/Centros Hospitalares com número total de exames analíticos ponderados superior a 1.000.000, para o ano de 2008	24
Tabela 2 – Hospitais/Centros Hospitalares selecionados, com número total de exames analíticos ponderados superior a 1.000.000, para o ano de 2008	25
Tabela 3 – Número e tipo de beneficiários da ADSE	32
Tabela 4 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009	36
Tabela 5 – CHVNGE vs. IPOPGF para os anos de 2005 a 2009	39
Tabela 6 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009	42
Tabela 7 – CHSJ – Diferença entre os dados de 2009 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na UAG de MCDT do CHSJ	45
Tabela 8 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009	45
Tabela 9 – ULS do Nordeste – Diferença entre os dados de 2006 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na ULS do Nordeste	52
Tabela 10 – ULS do Nordeste – Diferença entre os dados de 2007 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na ULS do Nordeste	52
Tabela 11 – ULS do Nordeste – Diferença entre os dados de 2008 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na ULS do Nordeste	53
Tabela 12 – ULS do Nordeste – Diferença entre os dados de 2009 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na ULS do Nordeste	53
Tabela 13 – ULS do Nordeste vs. LAC Privado (Priv) para os anos considerados de 2006 a 2009	53
Tabela 14 – Custo total dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2008	56
Tabela 15 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2008	57
Tabela 16 – Custo total dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2009	58
Tabela 17 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2009	58

Tabela 18 – Custo total dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2010	59
Tabela 19 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2010	60
Tabela 20 – Encargos globais c/análises clínicas do setor convencionado vs. total de encargos com os “10 mais”, para os anos de 2008 a 2010	61
Tabela 21 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas do SNS para as entidades públicas de 2007 a ago.12	62
Tabela 22 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas da ADSE para as entidades publicas e entidades privadas convencionadas de 2007 a ago.12	63
Tabela 23 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas do SNS para as entidades privadas convencionadas de 2007 a ago.12	65
Tabela 24 – Perfis analíticos onde existe uma maior variabilidade inicial de preços entre as várias tabelas. Comparação em 2007 e ago.12	66
Tabela 25 – Perfis analíticos onde existe uma maior equivalência inicial de preços entre as várias tabelas. Comparação em 2007 e ago.12	67

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES	
do Nordeste	Agrupamentos de Centros de Saúde do Nordeste
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ADSE	Direção-Geral de Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas
AFP	Alfa-Fetoproteína
ALT	Alaninaaminotransferase
ANA	Anticorpos Anti Nucleares
APTT	Tempo de Tromboplastina Parcial Activado
AST	Aspartatoaminotransferase
Anti-HBc	Anticorpo anti-antigénio do <i>core</i> do vírus da Hepatite B
Anti-HBe	Anticorpo anti-antigénio <i>e</i> do vírus da Hepatite B
Anti-HBs	Anticorpo anti-antigénio de superfície do vírus da Hepatite B
Beta-HCG	Subunidade Beta da Gonadotrofina Coriónica Humana
CA	Antigénio Carbohidratado
CCP	Peptídeo Cíclico Citrulinado
CEA	Antigénio Carcinoembrionário
CHC	Centro Hospitalar de Coimbra, EPE
CHNE	Centro Hospitalar do Nordeste, EPE
CHSJ	Centro Hospitalar de S. João, EPE
CHUC	Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE
CHVNGE	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE
CMV	Citomegalovírus
CTFF	Capacidade Total de Fixação do Ferro
DHEA SO ₄	Sulfato de Dehidroepiandrosterona
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
FSH	Hormona Folículo Estimulante
Gama GT	Gamaglutamiltransferase
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneo

gr.	Gramas
HBe Ag	Antigénio <i>e</i> do vírus da Hepatite B
HBs Ag	Antigénio de superfície do vírus da Hepatite B
HBV	Vírus da Hepatite B
HCV	Vírus da Hepatite C
HDL	Colesterol HDL
HIV I/II	Vírus da Imunodeficiência Humana tipo I e tipo II
HUC	Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE
ICM	Índice de Case Mix
IgE	Imunoglobulina E
IgM	Imunoglobulina M
IPOPFG	Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE
INR	<i>International Normalized Ratio</i>
LDH	Desidrogenase do Lactato
LDL	Colesterol LDL
LH	Hormona Lúteo Estimulante
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
M€	Milhões de Euros
NSE	Enolase Neuronal Específica
OCDE	Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico
PAP	Fosfatase Ácida Prostática
PIB	Produto Interno Bruto
PSA	Antigénio Específico da Próstata
PT	Tempo de Protrombina
RAST	<i>Radioallergosorbent Test</i>
SCC	Antigénio do Carcinoma de Células Escamosas
SHBG	<i>Sex Hormone Binding Globulin</i>
SNS	Serviço Nacional de Saúde
T ₃	Triiodotironina
T ₄	Tetraiodotironina ou Tireoxina
TAC	Tomografia Axial Computorizada

TSH	Hormona Estimulante da Tireóide ou Tireotropina
UE	União Europeia
ULS	
do Nordeste	Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE
USD	Dólares Americanos
VDRL	<i>Veneral Disease Research Laboratories Test</i>
VLDL	Colesterol VLDL
VS	Velocidade de Sedimentação

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

No âmbito do plano curricular do mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde da Faculdade de Economia da Universidade do Porto, é solicitado aos alunos a elaboração de uma dissertação de mestrado, cujo aproveitamento é necessário para obtenção do respetivo grau académico de mestre. Tal desiderato tem como objetivo o contacto com uma determinada temática, ou o seu aprofundamento, e também com uma multiplicidade de bibliografia, que o mestrando tem de explorar de acordo com os critérios previamente articulados com o orientador da respetiva dissertação, Prof. Doutor José Fernando Gonçalves.

A Economia da Saúde é vista, na generalidade das vezes, como um ramo aplicado da análise económica, tendo ganho autonomia e projeção nas duas últimas décadas. Desta forma, entende-se por Economia da Saúde a aplicação da forma de pensar os problemas e de procurar as soluções presentes na moderna análise económica ao contexto do setor da saúde, diferentes mercados e diversos agentes que nele coexistem (Barros, 2009).

Se existe algo que exista, persista e envolva o setor da saúde é a incerteza. A sua prevalência ocorre essencialmente ao nível dos consumidores, em que estes sentem incerteza quanto ao momento em que necessitam dos cuidados médicos, incerteza quanto ao custo desses cuidados médicos, incerteza quanto ao seu estado de saúde, incerteza quanto ao tratamento adequado, incerteza quanto ao efeito de um dado tratamento, entre outras incertezas.

Arrow (1963) foi o primeiro a argumentar a existência deste conceito no setor da saúde. No seu estudo, direcionou a sua atenção para a Economia da Saúde, principalmente para a existência do conceito de incerteza nos cuidados de saúde, em ambos os lados da procura e da oferta. Argumentou ainda que a incerteza no setor da saúde era tal, que não surgiriam naturalmente mercados de seguro de saúde para cobrir todos os riscos presentes.

A partir deste autor o desenvolvimento da Economia da Saúde tem sido notável. Foram criadas diversas associações e jornais e tiveram lugar variadíssimos encontros, jornadas e congressos em diversos países, sobre esta matéria específica. Foram

desenvolvidos vários estudos versando diversas temáticas como, por exemplo, a seleção adversa em mercados da saúde concorrenciais (Rothschild *et al.*, 1976; Wilson, 1977; Newhouse, 1996). Também uma outra linha de investigação começou a debruçar-se sobre a interação entre a seleção adversa e o perigo moral, tendo sido construídos modelos que abordam simultaneamente as duas vertentes (Picard, 1987; Zou, 1992; Theilen, 2003).

As necessidades de saúde de uma população traduzem-se numa procura constante de cuidados de saúde, o que, a par de outros fatores como o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), o envelhecimento da população, o ritmo da inovação, o desenvolvimento tecnológico no domínio médico e terapêutico e o facto de os cuidados em saúde serem intensivos em trabalho, implica crescentes volumes de despesa no setor (Simões *et al.*, 2007).

A tendência, nas últimas duas décadas e meia, nos países da União Europeia (UE) tem sido de crescimento do peso dos gastos com a saúde no PIB. Esta tendência de crescimento tem sido mais forte em Portugal do que na média dos países da UE, sobretudo por pressão do crescimento da componente pública dos gastos (Simões *et al.*, 2007).

O objetivo principal deste trabalho consiste em elencar a diferença de custo unitário ponderado pelos exames analíticos quando esses exames são efetuados em laboratórios de análises clínicas de serviços e estabelecimentos de saúde públicos e em serviços privados, ambos integrados na rede de prestação de cuidados de saúde do SNS.

Este trabalho será estruturado em sete capítulos com a seguinte nomenclatura: no capítulo um será feita a definição do tema e uma introdução ao mesmo; o capítulo dois contém informação sobre a metodologia utilizada para a execução do trabalho; o capítulo três reporta-se ao mercado da saúde, onde se faz uma pequena revisão da literatura sobre alguns conceitos económicos em geral, e da Economia da Saúde em particular; no capítulo quatro faz-se uma pequena resenha do estado da arte, nomeadamente, a evolução do setor da patologia clínica pública e privada; no capítulo cinco é abordada a temática da seleção e recolha de dados, nomeadamente o universo geral e específico da amostra, bem como a sua caracterização; para o capítulo seis está reservada a análise dos dados e dos resultados obtidos, onde se procede à comparação

de gastos entre os vários hospitais/centros hospitalares e entre estes e o setor privado. Finalmente, no capítulo sete serão contempladas as principais conclusões deste estudo, bem como os desafios futuros que, na nossa opinião, se colocam aos *stakeholders* que intervêm neste setor da patologia clínica.

CAPÍTULO 2. METODOLOGIA

Conforme já foi referido anteriormente, este trabalho pretendeu elencar algumas diferenças de custos unitários ponderados pelos exames analíticos quando esses exames são efetuados em laboratórios de análises clínicas de serviços públicos e em serviços privados, ambos integrados na rede de prestação de cuidados de saúde do SNS.

Para a concretização deste objetivo foram identificados os *stakeholders* principais deste setor: os laboratórios de análises clínicas públicos e privados.

A metodologia utilizada envolveu as seguintes fases:

1. Revisão da literatura existente – neste ponto foi efetuada uma revisão da literatura existente sobre estas temáticas e recolhidas as principais ideias sobre o setor da Economia da Saúde em geral e das análises clínicas em particular;
2. Recolha de dados – executou-se uma consulta das Bases de Dados públicas disponíveis e foram identificados os hospitais alvos do estudo comparativo. Seguidamente, foi solicitada a disponibilização dos dados de produção de Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT) desses hospitais;
3. Análise e tratamento da informação obtida – os dados recolhidos foram objeto de análise, seleção e tratamento estatístico daqueles que foram considerados mais pertinentes, utilizando a Estatística Descritiva. Foram construídas tabelas e gráficos com os principais indicadores de cada um dos hospitais selecionados;
4. Análise dos dados e dos resultados obtidos – neste item foram elencadas as principais diferenças de gastos no âmbito de comparações entre público *versus* privado;
5. Discussão final e conclusões – em face dos resultados obtidos, foram apresentadas algumas conclusões deste estudo, as suas limitações e propostas para novos estudos sobre cada um dos *stakeholders* do setor.

CAPÍTULO 3. O MERCADO DA SAÚDE

3.1. AS CARATERÍSTICAS ESPECIAIS DO BEM “CUIDADOS DE SAÚDE”

Temos assistido, cada vez mais, ao aumento da importância do crescimento das despesas em saúde em termos de consumo de recursos, quer em termos globais, quer em termos de despesa pública em percentagem do PIB. Em Portugal, os gastos totais com saúde representaram 10,7% do PIB em 2010, aproximadamente um ponto percentual acima da média da OCDE, que é de 9,5% (OECD Health Data, 2012). A figura seguinte (figura 1) elucida-nos sobre este e outros factos.

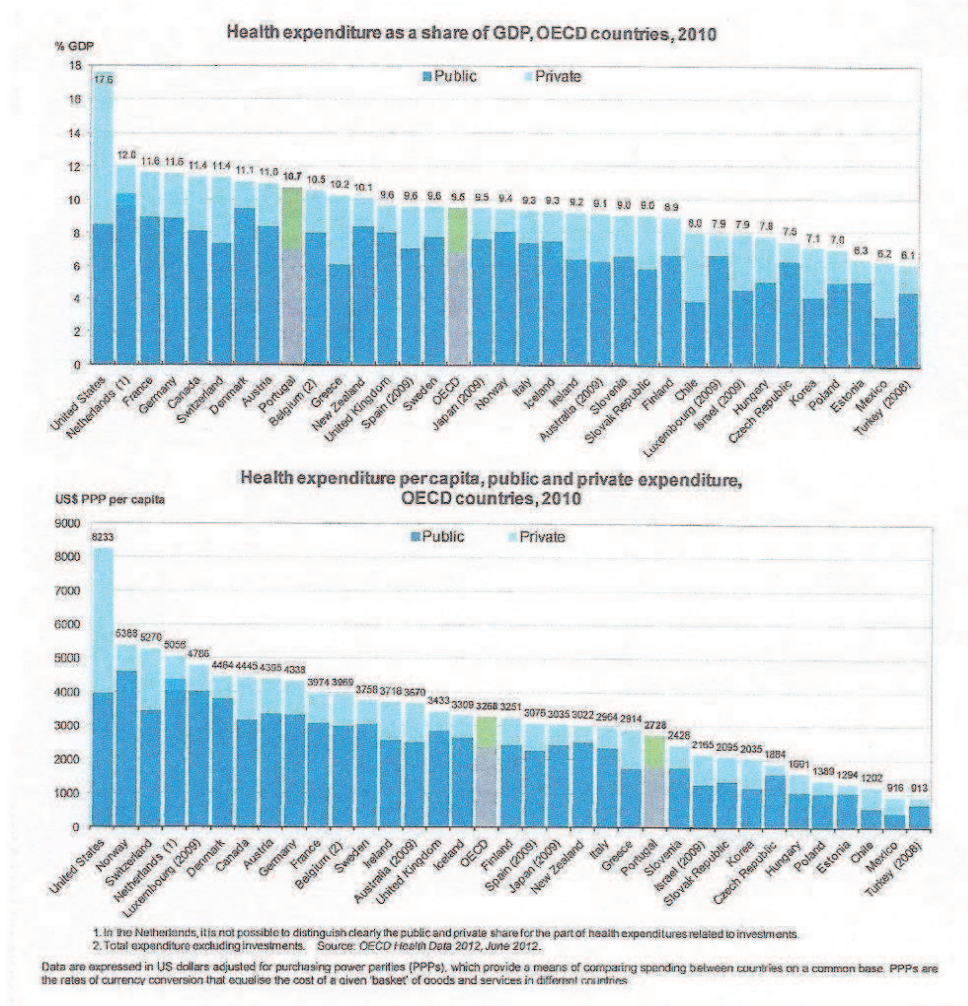


Figura 1 – Gastos totais dos países da OCDE, em % do PIB, no ano de 2010.
(Fonte: OECD Health Data 2012, Junho de 2012).

Após análise da figura da página anterior constatamos que os Estados Unidos são, de longe, o país que mais gasta com saúde, alocando 17,6% do seu PIB em 2010, seguidos por vários países europeus como a Holanda (12,0%), França e Alemanha (11,6% cada). Apesar de a atribuição de uma percentagem relativamente elevada de seu PIB para a saúde, Portugal gastou apenas 2728 USD em saúde per capita em 2010 (ajustado pela paridade do poder de compra), um valor inferior ao da média da OCDE de 3268 USD. Os Estados Unidos gastaram mais sobre a saúde per capita em 2010 (8233 USD), seguido pela Noruega e Suíça.

Se nos debruçarmos com atenção para os intervenientes neste setor constatamos que, como em outros setores de actividade, existem trabalhadores e equipamento produtivo e preços, explícitos ou implícitos. Nos modelos tradicionais, o preço é o elemento que permite equilibrar o mercado. No caso da saúde, será o factor preço relevante? Sim, poderá ser nalguns casos mas, o que acontece neste mercado é que os seus agentes exibem comportamentos diferenciados relativamente ao que acontece noutros mercados, começando desde logo a perceber-se a origem dessas diferenças na natureza do produto aqui em causa: os cuidados de saúde (Barros, 2009).

Com efeito, cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não proporciona utilidade. O consumo de cuidados de saúde faz-se com o único objectivo de restabelecer um estado de saúde entretanto perdido ou debilitado. Assim sendo, estaremos em presença de um bem sem utilidade intrínseca, e cujo consumo estará sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura – o doente –.

De facto, a necessidade de cuidados de saúde deverá ser distinguida de procura de cuidados de saúde e de utilização de cuidados de saúde. Assim, estaremos perante uma necessidade de consumir cuidados de saúde quando um indivíduo fica doente ou incapacitado, sabendo que existe um tratamento ou cura para a situação em causa, enquanto a procura de cuidados de saúde se manifestará quando um indivíduo considera ter uma necessidade e deseja receber tratamento (Matias, 1995).

Independentemente das objecções que poderão ser levantadas a estas definições pela separação entre medicina preventiva e medicina curativa, a verdade é que começamos a perceber como é ténue a fronteira entre a necessidade e a procura de

cuidados de saúde. O papel do agente da oferta – médicos ou outros profissionais da saúde – não é necessariamente passivo, e pode mesmo ser responsável pela indução de procura, fazendo os indivíduos acreditar numa necessidade de consumo de cuidados de saúde nem sempre real.

Neste contexto, a necessidade é um conceito que se apresenta muito do lado da oferta, uma vez que, em última análise, a mesma existirá enquanto a prestação de cuidados de saúde apresentar uma produtividade marginal positiva, isto é, existirá procura enquanto o produto oferecido gerar benefícios marginais positivos. Este comportamento está rodeado de particularidades, designadamente porque o agente da oferta se apresenta no mercado em situação de superioridade relativa, o que levanta problemas ao nível da deontologia médica e do exercício, ou não, de poder discricionário por parte do médico (Barros, 2009).

Os cuidados de saúde constituem então um bem ou serviço, cujo consumo proporciona saúde, sendo esta última o estado desejado aquando do consumo daquele bem. De facto, o estado de saúde constitui o objetivo único do consumo de cuidados de saúde, razão pela qual a procura deste bem tem características muito particulares, designadamente as seguintes:

1. Incerteza: quanto ao momento em que se necessita dos cuidados de saúde, quanto ao custo associado à prestação desses cuidados, quanto à qualidade associada aos mesmos cuidados, impossibilidade em assegurar eficazmente o risco de doença;

2. Esgotamento do consumo: a função de utilidade de cuidados de saúde tem uma forma muito particular, chegando mesmo a ter inclinação negativa a partir do ponto de saciedade, o qual se atinge muito mais rapidamente no consumo de cuidados de saúde do que no consumo de qualquer outro bem;

3. Inexistência de utilidade intrínseca no bem: conforme já foi referido, os cuidados de saúde são consumidos com o fim único de proporcionar saúde ao consumidor/doente, e não porque o respetivo consumo proporcione utilidade por si só. Não acontece assim com os restantes bens e serviços, onde o próprio consumo gera utilidade. Efetivamente, numa situação hipotética em que fosse possível desligar o consumo de cuidados de saúde do objetivo de proporcionar saúde, assistiríamos à ausência de procura para o bem, uma vez que o seu consumo deixaria de proporcionar

qualquer utilidade para o consumidor;

4. Não-homogeneidade e eventual interdependência no consumo: quando se fala em cuidados de saúde estamos a pensar em bens e serviços tão diferentes como medicamentos, internamentos, consultas médicas, terapêuticas diversas, entre outros, pelo que estamos em presença de um bem não-homogéneo, o que implica a existência não de um mas de vários mercados, com todos os problemas daí decorrentes, designadamente quanto à não unicidade do equilíbrio. Por outro lado, trata-se muito frequentemente de um bem com características de indivisibilidade, como acontece, por exemplo, no caso das terapêuticas para determinadas situações clínicas, as quais podem englobar um conjunto de consumos interdependentes (em cadeia), que podem ir desde a simples consulta, às análises clínicas, exames de imagiologia, tratamentos de medicina física e reabilitação, medicamentos, etc., cujo consumo é interdependente;

5. Juízo de valor: existente no consumo de serviços médicos, não se encontrando no consumo de outros bens, apesar de receber cuidados médicos ser tão vital à sobrevivência humana como a alimentação. A tradução mais clara deste juízo ético é o princípio geralmente aceite de que ninguém deve ser privado de cuidados médicos em caso de necessidade, independentemente das suas condições financeiras (Barros, 2009).

3.2. O MERCADO DE CUIDADOS DE SAÚDE

As características especiais do bem cuidados de saúde que enumerámos atrás apontam globalmente no sentido da existência de uma informação assimétrica neste mercado, uma vez que um dos agentes em presença – o médico – dispõe de mais e melhor informação do que o outro agente – o doente/consumidor – acrescentando ainda o facto de o primeiro dominar os processos pelos quais a prestação de cuidados de saúde é disponibilizada ao segundo.

Desta forma, estamos então perante uma situação de mercado em que o sistema de informação em torno da prestação de cuidados de saúde é dominado pela oferta. O reconhecimento desta situação por ambas as partes, conduz o lado da procura a delegar no agente da oferta o processo de decisão relativo à sua função de preferências, uma vez que esse agente – o médico – tem ao seu dispor um conjunto de informação diversa, de

caraterísticas quantitativas e qualitativas que, reconhecidamente, não estão ao dispor do doente. Nesse sentido, estará indubitavelmente em melhores condições para tomar decisões acertadas quanto à prestação de cuidados de saúde adequada às preferências do consumidor/doente (Barros, 2009).

Assim, estabelece-se uma relação de agência imperfeita entre médico e doente. A relação é imperfeita por dois tipos de razões fundamentais: primeiro, porque, sendo o médico representativo de toda a oferta de cuidados de saúde, para além da questão do risco moral, a decisão do médico tem sempre por base a informação fornecida pelo doente, o que introduz elementos de subjetividade na avaliação do estado de saúde do doente, abrindo mesmo a possibilidade de as suas dificuldades de expressão ou comunicação condicionarem uma boa prestação de cuidados de saúde. A este respeito, há mesmo estudos que apontam para a existência de maiores taxas de sucesso nas terapêuticas exercidas em doentes com maior grau de instrução e, segundo, porque sendo o cumprimento da terapêutica voluntário, existe, em teoria, a possibilidade de o doente não aceitar a terapêutica prescrita (Barros, 2009).

Vários problemas se colocam, portanto, no âmbito desta relação de agência entre médico e doente, nomeadamente, risco moral no consumo e na oferta. No consumo, porque, se os indivíduos se encontrarem protegidos dos riscos de saúde por um qualquer sistema (SNS ou Seguro), o seu comportamento pode tender a ser mais descuidado, o que levará a excessos de procura de cuidados de saúde que vêm onerar o funcionamento dos sistemas, podendo mesmo no caso do seguro conduzir a subidas nos seus prémios que levarão à saída dos melhores riscos da carteira, aumentando com isso o risco médio da mesma, estando assim desencadeado um processo de selecção adversa (Barros, 2009).

3.3. PROCURA E OFERTA DE CUIDADOS DE SAÚDE

A partilha do processo de decisão em matéria de cuidados de saúde por entre a oferta e a procura, bem como o reconhecimento do papel desempenhado pelo agente da oferta na especificação das decisões de consumo através da relação de agência, leva a

um conjunto de respostas da oferta que conduzem à dominação do processo de afectação de recursos neste sector.

Existem autores (Reis, 2007) que mencionam a existência, logo à partida, de um desajustamento entre o que se procura e o que se oferece. Os consumidores procuram saúde, mas o que recebem são cuidados de saúde, cujos resultados podem ser bastante aleatórios.

3.3.1. TEORIA ECONÓMICA DA PROCURA E PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os economistas definem a procura como a quantidade de um bem ou serviço que as pessoas estão dispostas a adquirir para cada nível do preço, mantendo-se constantes todos os outros factores que afectam directamente o consumo desses bens ou serviços. Segundo Clewer e Perkins (1998), em economia, este conceito de procura não significa “querer” ou “necessitar”. Os indivíduos economicamente mais carenciados podem até ter muitas necessidades, não tendo, no entanto, a capacidade económica ou vontade para adquirir os bens de que necessitam. Logo, o conceito económico da procura é distinto do conceito de necessidade e utilização.

Os economistas utilizam dois modelos fundamentais para analisar a procura de cuidados de saúde. O modelo tradicional analisa o consumo dos cuidados de saúde, apesar das características peculiares dos mesmos, tal como analisaria outros bens económicos, ou seja, em função do preço, rendimento, gostos, e, por isso, este está, como temos visto, sujeito às leis gerais da procura.

O modelo de Grossman considera que a procura dos cuidados deriva da procura de saúde pelos indivíduos. Isto é, Grossman parte do pressuposto que os consumidores produzem bens, utilizando como *inputs* bens de mercado (por ex., cuidados médicos, exercício físico, habitação), outros bens e o seu próprio tempo. Segundo o mesmo autor, a função de produção de saúde individual depende também de outros factores como a educação e a idade (Grossman, 1972).

Segundo Barros (2009), os trabalhos desenvolvidos por Grossman vieram introduzir alguns elementos inovadores: o fato de tratar a saúde como um stock, análogo

ao stock de capital humano e, por outro lado, o facto de considerar a saúde como um processo de produção conjunta, contribuindo para este tanto o indivíduo, como o consumo de bens e serviços denominados cuidados médicos.

Assim, os cuidados médicos são um dos fatores produtivos que o indivíduo utiliza para produzir saúde. Não basta, no entanto, este factor; importantes são também o tempo dedicado a esta produção, por parte do indivíduo, e ainda outros fatores produtivos de saúde como a alimentação e o saneamento básico.

Hospitais, equipamento radiológico, e material protésico são *inputs* utilizados na produção de cuidados de saúde. A procura destes cuidados irá depender da procura por serviços de saúde que, por seu lado, dependem diretamente da procura individual (e da sociedade) por saúde. Esta procura está também diretamente relacionada com a capacidade económica individual e da sociedade em suportar os seus custos (Clewes e Perkins, 1998).

3.3.2. FATORES DETERMINANTES DA PROCURA E FATORES DETERMINANTES DA PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE

Em seguida, e de uma forma muito resumida, realçaremos, então, alguns dos determinantes que influenciam a quantidade de produtos ou serviços que os indivíduos pretendem adquirir, a saber:

1. Preço do bem ou serviço – o preço de um bem ou produto talvez seja a mais evidente determinante da sua procura. A teoria económica assume uma relação inversa entre o preço e a quantidade do produto que o consumidor pretende adquirir (considerando constantes todos os outros fatores). Quanto maior for o aumento do preço de um bem, menor será a quantidade procurada desse bem. Esta teoria segue a lei da utilidade marginal decrescente, isto é, se a utilidade marginal para o consumidor diminuir com a aquisição de cada unidade extra de um determinado produto, o consumidor só irá adquirir mais desse produto, se o preço do mesmo diminuir;

2. Preço de outros bens ou serviços – a procura de um determinado bem é afetada directamente pelo preço de outros bens, embora o efeito que o preço de um produto possa ter sobre o preço do outro, vai depender diretamente da relação existente

entre ambos. Se estivermos a pensar em bens substitutos, como o óleo e o azeite, a manteiga e a margarina, estamos perante bens com características idênticas e que podem satisfazer as mesmas necessidades com níveis semelhantes de utilidade, sendo uma alternativa entre si;

3. Rendimento disponível – a quantidade de bens ou serviços que uma pessoa pode comprar depende diretamente da sua capacidade económica, isto é, do rendimento disponível. De uma forma geral, é de esperar que se o rendimento disponível aumenta, a quantidade de bens ou serviços que o indivíduo virá a adquirir também poderá aumentar, qualquer que seja o preço desse mesmo bem;

4. Preferências do consumidor – as alterações dos gostos e das preferências dos consumidores podem levar a um aumento ou diminuição do consumo de um determinado bem ou serviço. Se, por exemplo, se apreciar mais o chá do que o café, ou se este passar a estar na moda, poderemos ter alterações na procura desse bem;

5. Alterações na dimensão e estrutura populacional – o tamanho das populações e a sua estrutura demográfica levam a alterações da procura de determinados bens e serviços. Mesmo que cada pessoa consumisse a mesma quantidade de um determinado bem, o crescimento da população faria aumentar a procura total no mercado desse bem. A título de exemplo, se a taxa de natalidade de um determinado país baixar, podemos ter uma menor procura de roupa para bebés, assim como de determinados equipamentos, por outro lado, se for verificado um aumento do envelhecimento da população, este poderá levar a uma maior aquisição de cadeira de rodas, camas articuladas, entre outros (Clewer e Perkins, 1998).

Seguidamente, descreveremos alguns dos fatores determinantes na procura de cuidados de saúde, para além daqueles já mencionados.

Começaremos por realçar o estado de saúde do indivíduo, como um dos principais factores determinantes na procura de cuidados de saúde. Barros (2009), refere que o próprio estado de saúde do indivíduo leva a um maior ou menor consumo de cuidados de saúde para um mesmo preço, mantendo-se constantes todos os outros factores. Um indivíduo com um problema crónico de saúde terá, muito provavelmente, uma necessidade mínima de adquirir cuidados de saúde, sendo talvez diferente da necessidade de outro consumidor, fator que estará directamente relacionado com o stock

de saúde de cada indivíduo.

A procura de um determinado bem depende ainda do preço dos outros bens. Existem bens que são complementares, logo a alteração no preço de um vai influenciar a procura de outro. A título de exemplo, Henderson (1999) refere que relativamente à procura de consultas de optometria e à aquisição de óculos e lentes de contacto. Um decréscimo no preço dos óculos leva a um aumento da procura de consultas de optometria. O mesmo poderá ocorrer com os bens substitutos, como é o caso dos antibióticos genéricos e os antibióticos de marca.

Para além do preço do bem e do preço de outros bens, outros fatores importantes na procura de cuidados de saúde são, ainda, o custo do tempo, os seguros, e o rendimento.

O rendimento disponível é uma variável económica que afeta directamente a procura de cuidados de saúde. Como os cuidados de saúde são considerados um bem normal, qualquer aumento no rendimento traduz-se num aumento da capacidade monetária do indivíduo, a qual levará a um aumento da procura de cuidados de saúde (Barros. 2009).

Clewer e Perkins (1998), por seu lado, referem a importância dos gostos e preferências desenvolvidas e presentes na sociedade como causa da alteração da procura de determinados cuidados ao longo do tempo. Se, há alguns anos atrás, a adenoidectomia era uma cirurgia comum nas crianças, hoje em dia já não o é, uma vez que os padrões de tratamento estão sujeitos às mudanças de opiniões, de mentalidades, bem como de novos estudos que surgem ao longo dos anos, e que podem contradizer práticas anteriores, como é o caso acima referido.

Também as alterações demográficas e as alterações na estrutura etária da população podem ser determinantes na procura de determinados bens. Como já se referiu anteriormente, um aumento do número de pessoas, com idade superior a 70 anos, levará a uma procura acentuada de cuidados de geriatria e cuidados domiciliários. No entanto, o aumento da procura destes bens, irá, segundo os economistas, depender também da capacidade económica dos indivíduos e da sociedade.

A formação académica dos indivíduos parece ser, também, um fator decisivo na procura de cuidados de saúde, mas difícil será prever qual o impacto que esta variável

tem na procura agregada de cuidados de saúde. Pese embora esta dificuldade inicial, em termos da procura individual, podemos antever que uma pessoa com maior formação académica possa compreender melhor a importância que a aquisição de determinados cuidados de saúde tem para a sua saúde. De um modo geral, verifica-se que a educação aumenta a eficácia dos cuidados de saúde (Barros, 2009).

O crescimento acentuado de seguros de saúde ao nível internacional, tanto privados como públicos, tem tido um profundo impacto na procura de cuidados de saúde. Os seguros tomam-se atrativos devido às incertezas associadas ao consumo de cuidados de saúde e ao potencial de perdas económicas. Não podemos prever quando vamos estar doentes, qual será o custo dos cuidados necessários e os resultados do tratamento.

Estas incertezas levam os indivíduos a incorrerem em perdas de bem-estar, razão pela qual procuram segurar essa incerteza (risco de doença). A sociedade procura, então, no seguro de saúde público ou privado, o instrumento para a minimização das incertezas e dos riscos.

O mercado de seguros também poderá oferecer alguns problemas, designadamente o problema do risco moral. O consumidor, ao estar protegido por um seguro de saúde (privado), ou pelo Estado (Serviço Nacional de Saúde), irá utilizar os cuidados de saúde com maior frequência do que se não estivesse protegido. Para evitar o excesso da procura decorrente do risco moral, bem como a perda de bem-estar para a sociedade, podem ser aplicados, nas seguradoras privadas, co-pagamentos (valor pago pelo doente no ato do consumo), e no Sistema Nacional de Saúde, taxas moderadoras.

A presença de seguro de saúde protege o indivíduo, no sentido em que evita que este pague a totalidade do custo dos cuidados de saúde, mas, em consequência, o indivíduo consome mais serviços médicos do que se não tivesse nenhum seguro (Barros, 2009).

3.3.3. ELASTICIDADE, ELASTICIDADE DA PROCURA E ELASTICIDADE DA PROCURA DE CUIDADOS DE SAÚDE

Conforme se pode verificar, a procura de bens ou serviços modifica-se em função de alterações no preço do bem, no rendimento, no preço de outros bens, etc.

Todavia, com a introdução de um novo conceito económico – a elasticidade – poderemos classificar essa modificação em termos da amplitude do movimento da procura.

O conceito da elasticidade é um dos mais importantes, pois através dele podemos analisar as variações na procura. Assim, a elasticidade da procura serve para medir a variação da quantidade procurada, em resposta a uma mudança no preço. Este conceito indica o grau de sensibilidade da quantidade procurada a alterações do preço de mercado (Pires, 2010).

Desta forma, a elasticidade permite conhecer o grau de correspondência de uma variável dependente (procura ou oferta, por exemplo) a alterações numa das variáveis que a determinam (preço do bem, rendimento, preço dos outros bens, entre outros), mantendo-se constantes as restantes. As medidas da elasticidade são particularmente úteis, pois refletem variações percentuais relativas, e não absolutas. Assim sendo, as medidas da elasticidade são independentes de unidades de medida. Esta característica torna-as particularmente úteis para comparar as respostas da procura a variações do preço entre produtos, países e indivíduos.

Segundo Araújo (2005), a elasticidade procura–preço denota a sensibilidade, maior ou menor, das reações dos consumidores às alterações dos preços dos bens e serviços. Esta é, assim, uma medida percentual que se refere à amplitude das variações de quantidades procuradas que acompanham as variações de preços. A sensibilidade referida depende de vários fatores, como a liberdade do consumidor e a sua “soberania” em relação ao mercado.

A elasticidade procura–preço é calculada como um quociente entre a variação percentual das quantidades procuradas de um bem ou serviço e a variação percentual do respetivo preço. A mesma é geralmente negativa: quando o preço do bem ou serviço aumenta, a procura diminui. Quando o valor desta elasticidade é superior a 1, em valor absoluto, dizemos que ela é elástica e, quando assim é, dizemos que os consumidores são muito sensíveis às alterações do preço, uma vez que uma pequena alteração do preço levará a grandes alterações nas quantidades procuradas. No sentido inverso, se o valor da elasticidade for menor que 1, em valor absoluto, podemos afirmar que a mesma é inelástica, e, os consumidores não são muito sensíveis a alterações no preço.

Segundo Clewer e Perkins (1998), existem alguns fatores principais que afetam diretamente o valor da elasticidade procura–preço, a saber:

1. O número de bens substitutos disponíveis – se existirem muitos bens substitutos do bem que se pretende adquirir, o aumento do preço desse mesmo bem leva o consumidor a escolher rapidamente um bem alternativo;

2. Bens normais ou bens de luxo – as características de um produto podem ajudar a prever a magnitude da elasticidade. Se estamos a falar de um bem normal, independentemente do preço do mesmo aumentar, o consumidor continuará a adquirir esse bem. Enquanto, a elasticidade da procura–preço para um bem de luxo é mais elástica, o consumidor é mais sensível ao preço;

3. O valor monetário disponível para adquirir o bem ou serviço – se apenas uma parte muito pequena do nosso rendimento é necessária para adquirir um determinado bem, o consumidor será pouco sensível ao preço. A elasticidade da procura–preço será inelástica. Se, no entanto, o bem é muito caro e temos de despende uma larga parte do nosso rendimento com a aquisição desse bem, se o preço do mesmo aumentar, haverá uma redução considerável na procura desse bem como é o caso dos automóveis, passagens aéreas, entre outros;

4. O período de tempo envolvido – de um modo geral, podemos afirmar que é considerável o tempo que os consumidores despendem a organizar os seus planos no que diz respeito aos gastos. Uma alteração no preço poderá ter um efeito reduzido na procura a curto prazo, mas poderá ter um efeito muito mais acentuado na procura a longo prazo. Assim sendo, quanto maior for o período de tempo, maior será a elasticidade da procura–preço do produto.

No domínio da saúde, este conceito assume um papel extremamente importante e aplicável, pois podemos determinar, numa população, em que medida é que a procura de cuidados de saúde, ao nível da urgência, poderá vir a reduzir se houver uma variação do preço, por exemplo, com a aplicação de uma determinada taxa moderadora.

Um exemplo demonstrativo da elasticidade procura–preço para um determinado bem é o dado por Clewer e Perkins (1998): quando uma empresa farmacêutica lança um novo fármaco, este apresentará um preço muito elevado durante um longo período de tempo, uma vez que a empresa detém a patente desse fármaco e não existe um fármaco

substituto para o mesmo. Se for eficaz, e o único do seu género, será de esperar uma procura quase inelástica. Se, entretanto, fármacos substitutos produzidos por outras empresas surgirem no mercado, será de esperar que a elasticidade procura-preço aumente e o preço do fármaco diminua consideravelmente.

Outro exemplo demonstrativo deste facto é o caso das receitas médicas: se os médicos cobrarem preços muito elevados pelas suas consultas, pela prescrição de medicamentos aos seus clientes, muitos destes optarão pela auto-medicação, ou pela aquisição de medicamentos sem receita médica. Se os medicamentos forem muito caros, os doentes passarão a adquirir eventualmente genéricos ou até, em último caso, tenderão a reutilizar medicamentos já prescritos, desrespeitando os prazos de validade (Araújo, 2005).

Desta forma, é de esperar que a elasticidade procura-preço para cuidados de saúde seja relativamente inelástica, pois existem poucos produtos substitutos destes cuidados.

Conforme tivemos oportunidade de verificar anteriormente, os indivíduos procuram saúde, mas não a conseguem comprar diretamente. Para a adquirirem, têm de comprar cuidados de saúde, no intuito de produzir saúde.

A procura de cuidados de saúde por parte dos indivíduos é normalmente medida em termos do número de serviços médicos utilizados, tais como número de dias de internamento, número de consultas médicas ou número de prescrições médicas. A procura de cuidados de saúde é, ainda, regularmente medida em termos do custo total do serviço médico utilizado.

Em virtude de existir uma enorme variedade de cuidados de saúde, será de esperar que a elasticidade da procura para esses cuidados também seja bastante diferente.

Os cuidados de saúde podem englobar variadíssimos serviços, tais como: análises clínicas, serviços de imagiologia (RX, TAC, ressonâncias magnéticas), consultas médicas, medicação, tratamentos de medicina física e reabilitação, entre outros. Esta heterogeneidade sugere que será mais apropriado, quando se pretende estudar a procura de cuidados de saúde e determinar a elasticidade da procura-preço, fazê-lo estimando valores para cada cuidado de saúde separadamente. Desta forma, será

possível obter maior informação.

Os primeiros estudos produzidos em torno da determinação das elasticidades da procura, para os diversos cuidados de saúde, remontam aos anos 70, nos Estados Unidos da América (Mahnovski *et al.*, 2002).

CAPÍTULO 4. O ESTADO DA ARTE

4.1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

O Serviço Nacional de Saúde (SNS), concebido à luz da Constituição de 1976 como serviço público prestado por entidades públicas, em termos de universalidade e de gratuidade, tem sofrido, como a generalidade dos sistemas europeus de saúde, uma série de alterações, fatores de pressão responsáveis pelas profundas reformas que têm vindo a ser realizadas. Assim, podemos elencar várias alterações, entre outras, a saber:

1. Alterações de natureza demográfica, intimamente ligadas ao aumento da longevidade e a fenómenos de imigração;
2. Alterações de natureza comportamental, responsáveis pelo aparecimento de novas doenças e por uma cada vez maior relevância da medicina preventiva;
3. Alterações de natureza científica e ética, ligadas ao processo do conhecimento médico, cada vez mais influenciado pelas inovações decorrentes dos progressos da biotecnologia;
4. Alterações resultantes das novas tecnologias de informação, as quais constituem fonte de interessantes oportunidades, mas também de novos constrangimentos na relação médico-doente. Ainda associadas às novas tecnologias, existem alterações decorrentes da democratização do saber médico, isto é, a tradicional relação assimétrica que se estabelecia entre o médico e o seu doente, dificilmente resiste ao novo perfil de doente informado (Estorninho, 2008).

Nas últimas décadas, os fatores de pressão anteriormente referidos e, em geral, a crise do Estado Providência, são invocados como principais justificações para a reforma dos sistemas públicos de saúde.

Tais fatores de pressão, implicando o alargamento do universo dos destinatários das prestações de cuidados de saúde e o carácter cada vez mais sofisticado e complexo dos meios de diagnóstico e das terapêuticas disponíveis, envolvem um brutal aumento das despesas com a saúde.

Precisamente em sentido contrário, constituem factores de pressão (*quicá* decisivos) sobre todo o Sistema Nacional de Saúde, os constrangimentos financeiros

decorrentes da necessidade de controlar a despesa pública e de reduzir o défice orçamental, que têm dominado as finanças públicas portuguesas nos últimos anos.

4.2. EVOLUÇÃO DO SETOR DA PATOLOGIA CLÍNICA

O mercado de análises clínicas em Portugal é a prestação de um serviço de exame laboratorial. Os exames laboratoriais em causa são um conjunto de exames e testes prescritos por um médico e realizados em laboratórios especializados, permitindo ao médico, em posse dos resultados dos exames e através da comparação dos valores examinados com valores considerados normais (de referência para uma determinada população), diagnosticar ou controlar alguma doença e, assim, sempre que for necessário, indicar o tratamento adequado. Exemplos de exames comuns são o hemograma (avaliação das células sanguíneas), doseamentos de glicose, colesterol, triglicérideos e ácido úrico, exames da função tireóideia, entre inúmeros outros.

Em Portugal, existiam em 2008, segundo a ERS, 1.902 estabelecimentos de Análises Clínicas, sendo 468 “laboratórios centrais” e 1.434 “unidades de colheita”, que empregavam 7.724 profissionais de saúde (5.501 no setor privado, 117 no setor social e 2.106 no setor público). Os postos de colheita eram predominantemente pequenos estabelecimentos, já que 88% tinham apenas 1 ou 2 profissionais de saúde. Já os laboratórios tinham estruturas mais diversificadas, e dimensões superiores, empregando em média 9 profissionais de saúde, sendo a dimensão típica (avaliada pela mediana) de 6 profissionais por laboratório.

Os exames analíticos, no setor público, são executados nos laboratórios dos serviços de patologia clínica do Serviço Nacional de Saúde, designadamente em estabelecimentos hospitalares, independentemente da sua designação, em unidades locais de saúde, em centros de saúde e também em agrupamentos de centros de saúde.

Segundo Simões *et al.* (2010), entre 1980 e 2007 os exames complementares de diagnóstico *per capita* passaram de 1,40 para 9,59 correspondendo, essencialmente, análises clínicas e exames radiológicos, realizados maioritariamente em hospitais do SNS (em 2007: 97,7 % em hospitais e 2,3 % nos cuidados de saúde primários).

O setor convencionado da saúde resulta num modelo de articulação do SNS com o setor privado e social, visando a prestação de cuidados aos utentes do SNS. Por conseguinte, tem subjacente o princípio da complementaridade, atento o dever de colmatar necessidades permanentes ou esporádicas do SNS, e representa uma parcela com impacto significativo no total de despesas em saúde no nosso país.

Neste contexto, é importante salientar que este setor, principalmente na componente de MCDT, representa, atualmente, uma grande maioria da produção total do SNS em ambulatório, assumindo um papel importante na formação da rede assistencial do País.

Os operadores privados com convenção, com o SNS ou com subsistemas de saúde, para a prestação de cuidados de saúde nas diversas valências, apresentam uma elevada dependência face a utentes desses subsistemas, em termos de procura pelos seus serviços. Mas mais do que isso, todo o sector de prestação de serviços de MCDT depende significativamente das convenções com o SNS e subsistemas. Com base numa amostra de 57 entidades, estima-se que, no caso das análises clínicas, 96% dos prestadores privados têm convenção com o SNS, e 89% com a ADSE, o que por si só indicia que a detenção de uma convenção é uma condição importante para que uma empresa possa sobreviver neste setor. Simultaneamente, também os subsistemas dependem grandemente do setor convencionado. Desde 1995, mais de 96% da produção total de MCDT em ambulatório do SNS vem sendo efectuada por entidades convencionadas (ERS, 2008).

A Patologia Clínica representa uma fatia, em termos de percentagem da despesa das unidades convencionadas, não despreciando de cerca de 40% do total de gastos com MCDT. De acordo com fontes oficiais, a despesa total com MCDT, suportada pelo orçamento do Ministério da Saúde ascendeu a cerca 443 milhões de euros (M€) no ano de 1999, cerca de 596 M€ em 2003 e aproximadamente 717 M€ em 2008.

Neste momento, estima-se que o setor convencionado represente, cerca de 9% da despesa total do SNS, isto é, cerca de 800 M€.

Existiu na última década, a nível público e privado, uma grande concentração de hospitais / laboratórios, públicos e privados, naturalmente com objetivos distintos:

-> criação de hospitais SA e, posteriormente, EPE;

- > criação de diversos centros hospitalares;
- > internalização de exames analíticos nas ULS (Matosinhos e, recentemente, Bragança, em 2011);
- > entrada em Portugal em 2006 do maior grupo suíço do setor privado laboratorial – Unilabs – através da aquisição inicial do maior laboratório privado da zona norte e um dos maiores do país e, posteriormente de outros 6;
- > aquisição, em Agosto de 2007, da Unilabs pela Capió Diagnostics (sueca) – 38,1% do capital mas 50,08% dos direitos de voto – tornando-se no maior grupo europeu a operar na área do diagnóstico laboratorial, contando com cerca de 3.600 colaboradores, distribuídos por 90 laboratórios em 12 países – Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Itália, Noruega, Portugal, Rússia, Espanha, Suécia, Suíça, Reino Unido – (Volume de negócios anual de aproximadamente 400 M€);
- > em 2007, o grupo General Lab (espanhol) e o grupo Labco (francês) fundiram-se, formando assim o segundo maior grupo privado de laboratórios de análises clínicas na Europa, com uma faturação estimada em cerca de 300 M€. Em Portugal, a General Lab detém mais de 20 laboratórios (6 no Porto, 8 em Lisboa, 1 em Castelo Branco, 1 em Santarém, 1 em Leiria, 3 em Portalegre, etc);
- > em 2008 a Euromedics (holandesa) adquiriu 18 laboratórios privados em Portugal. Esta multinacional do diagnóstico opera em mais de 15 países europeus;
- > os grupos privados portugueses não tem expressão em termos de diagnóstico laboratorial: o maior grupo privado de saúde, a José de Mello Saúde, entrou no setor específico da patologia clínica apenas em 2006, com a aquisição de parte do capital de um laboratório privado no Porto. O Hospital da Luz, do grupo BES, por exemplo, subcontrata os seus serviços de Patologia Clínica à General Lab.
- > o maior laboratório privado português de sempre (Lisboa) ainda permanece incólume aos “apetites” dos grandes grupos europeus.

É evidente que o setor das análises clínicas é um mercado onde interessa acima de tudo a quantidade de exames analíticos efectuados diariamente. A necessidade de economias de escala pela dimensão do serviço de patologia clínica e/ou laboratório de análises clínicas é condição *sine qua non* para a sustentabilidade/sobrevivência do operador num quadro de contas públicas saudáveis/mercado concorrencial.

A internalização de MCDT que aconteceram nas ULS e nos centros hospitalares, bem como a concentração dos operadores privados, cujas aquisições acima expostas espelham, e a redução sistemática das tabelas de preços dos exames encetadas nos últimos anos pelo Ministério da Saúde são, na nossa opinião, perfeitamente elucidativas desse propósito.

A realização de estudos aprofundados sobre esta matéria poderão levar a conclusões interessantes, podendo servir de ponto de partida para uma nova abordagem destas questões.

CAPÍTULO 5. SELEÇÃO E RECOLHA DE DADOS

5.1. UNIVERSO GERAL DA AMOSTRA

Para a concretização do objetivo deste estudo iniciou-se a pesquisa do número total de exames analíticos ponderados efectuados por cada hospital em 2008, de acordo com a última informação disponível e constante da Base de Dados dos Elementos Analíticos da Unidade Operacional de Gestão Financeira da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), embora exista informação disponível desde o ano de 2005.

Por uma questão de logística, apenas foram inicialmente considerados os hospitais e/ou centros hospitalares do Norte e Centro do País. Também foi considerado como critério de escolha uma produção de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT), na valência de análises clínicas, superior a 1.000.000 exames/ano, para que a amostra pudesse ser representativa.

A tabela seguinte (tabela 1) demonstra os dados disponíveis, para o ano de 2008, por ordem decrescente de grandeza de produção de exames analíticos:

Hospital/Centro Hospitalar	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unit. Médio Ponderado
H. U. Coimbra, EPE	10.470.885,92	5.604.518	1,87
C. H. Porto, EPE	19.948.065,75	4.387.653	4,55
H. S. João, EPE	12.459.310,96	3.580.461	3,48
C.H. V.N.G./Espinho, EPE	10.250.577,14	1.989.824	5,15
IPO Porto, EPE	6.159.675,55	1.857.560	3,32
C.H. Alto Ave, EPE	3.295.893,13	1.641.751	2,01
C.H. Trás-os-Montes e Alto Douro, EPE	4.676.671,99	1.400.264	3,34
H. S. Marcos Braga	4.310.278,64	1.308.010	3,30
U.L. Saúde da Guarda, EPE	3.142.510,07	1.260.244	2,49
H. Viseu, EPE	5.307.693,06	1.215.152	4,37
C.H. Coimbra, EPE	9.924.431,40	1.200.048	8,27
C.H. do Nordeste, EPE	3.896.799,32	1.044.802	3,73
TOTAL GERAL:	93.842.792,93	26.490.287	3,54

Tabela 1 – Hospitais/Centros Hospitalares com número total de exames analíticos ponderados superior a 1.000.000, para o ano de 2008.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

Após análise dos dados obtidos, os hospitais/centros hospitalares escolhidos para estudo mais aprofundado foram os seguintes, sendo agrupados dois a dois em categorias de:

-» Hospitais/Centros Hospitalares de grande dimensão/capacidade – Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE, atualmente designado por Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE *versus* Hospital de S. João, EPE, atualmente designado por Centro Hospitalar de S. João, EPE;

-» Hospitais/Centros Hospitalares de média/grande dimensão – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE *versus* Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE;

-» Hospitais/Centros Hospitalares de pequena/média dimensão – Centro Hospitalar de Coimbra, EPE *versus* Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, atualmente designado por Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE;

tendo como base um critério de representatividade do país (Norte e Centro e Litoral e Interior), questões de logística (principalmente deslocações do autor do trabalho), similaridade do número total de exames analíticos ponderados, bem como da lotação do hospital (número de camas disponíveis nos vários serviços médicos), obtendo-se assim os dados constantes da tabela seguinte, para o mesmo ano de 2008 (Tabela 2):

Hospital/Centro Hospitalar	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Anal. Ponderados	Custo Unit. Méd. Pond.
H. U. Coimbra, EPE	10.470.885,92	5.604.518	1,87
H. S. João, EPE	12.459.310,96	3.580.461	3,48
C.H. V.N.G./Espinho, EPE	10.250.577,14	1.989.824	5,15
IPO Porto, EPE	6.159.675,55	1.857.560	3,32
C.H. Coimbra, EPE	9.924.431,40	1.200.048	8,27
C.H. do Nordeste, EPE	3.896.799,32	1.044.802	3,73
TOTAL GERAL:	53.161.680,29	15.277.213	3,48

Tabela 2 – Hospitais/Centros Hospitalares selecionados, com número total de exames analíticos ponderados superior a 1.000.000, para o ano de 2008.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

No que concerne aos laboratórios de análises clínicas privados não houve necessidade de os agrupar em quaisquer categorias, uma vez que o preço praticado pelo SNS é sempre uniforme e independente de quaisquer fatores.

Seguidamente, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos para a análise dos dados:

-> Comparação entre os custos unitários médios ponderados pelos exames de cada um dos grupos de hospitais/centros hospitalares constituídos (grande dimensão, média/grande dimensão, pequena/média dimensão), de acordo com os MCDT produzidos e, se possível, em cada uma das principais valências laboratoriais existentes (Bioquímica/Química Clínica, Hematologia, Imunologia e Microbiologia), para os anos possíveis de 2005 a 2011, e inferir acerca das variações de custos;

-> Comparação entre os custos unitários médios ponderados pelos exames de cada conjunto de exames analíticos de cada hospital/centro hospitalar e o respetivo custo unitário médio ponderado desses mesmos exames, quando efetuados em laboratórios de análises clínicas privados, e, também sempre que possível, as diferenças de custo em cada uma das principais valências laboratoriais acima elencadas, para os anos possíveis de 2005 a 2011, e inferir acerca dessas variações de custos;

-> Calcular o custo unitário médio de todo o conjunto de exames analíticos efetuados nos laboratórios de análises clínicas nos anos de 2008 e 2009 e inferir acerca da evolução desses custos.

Entretanto, também se achou pertinente incluir neste estudo uma outra abordagem destas matérias que passou por dois estudos comparativos:

1. Elencar a diferença de encargos para o SNS para os 10 exames mais representativos da despesa do setor convencionado da área das Análises Clínicas para os anos de 2008, 2009 e 2010, de acordo com os dados disponíveis na ACSS, se o mesmos fossem efetuados em hospitais/centros hospitalares públicos.

Esta seleção dos “10 mais” (“*top ten*”) representa, aproximadamente, 21,1% do total dos encargos da respectiva área em 2008, 37,3% da despesa em 2009 e 45,1% da despesa em 2010;

2. Construir-se um modelo de alguns perfis analíticos básicos para diversas patologias comuns na rotina diária das unidades de saúde, hospitalares e dos cuidados de saúde primários (e dos médicos prescritores), isto é, um conjunto de exames analíticos que permitem o diagnóstico ou a monitorização de determinada patologia, e, em seguida, calcularam-se os custos desses conjuntos de perfis analíticos para o erário

público, independentemente da rubrica ou ministério onde a despesa é imputada, entre os anos de 2007 e a atualidade (Agosto de 2012), quando o utente efectua as suas análises clínicas em três tipos de ambientes: primeiro, quando o utente se dirige a um laboratório de análises clínicas privado e as respetivas despesas de saúde estão cobertas pelo seguro público existente (neste caso o utente beneficia da convenção estabelecida entre o laboratório privado e o SNS); segundo, quando o utente se dirige a um laboratório de análises clínicas privado e as respetivas despesas de saúde estão cobertas pelo subsistema ADSE, o maior subsistema existente (neste caso o utente beneficia da convenção estabelecida entre o laboratório privado e o subsistema ADSE); terceiro, quando os mesmos utentes são utilizadores de um qualquer serviço público de hospital de dia e esse hospital/centro hospitalar debita esses exames à conta do SNS (no primeiro caso) ou ao subsistema ADSE (no segundo caso).

Definidos os objetivos específicos, partiu-se para a recolha de dados.

O tipo de dados que se pretendia recolher reportava-se à produção de MCDT de análises clínicas dos anos de 2005 a 2011 de cada um dos hospitais acima referidos, isto é, o número de exames analíticos efetuados e a sua nomenclatura, bem como os respetivos custos totais, referentes a essa produção.

Para o efeito, procedeu-se ao envio de requerimentos nesse sentido, dirigidos ao respetivo Conselho de Administração de cada um dos hospitais.

5.2. UNIVERSO ESPECÍFICO DA AMOSTRA

Relativamente às respostas obtidas aos requerimentos apresentados, foram as seguintes, para cada um dos hospitais:

1. Centro Hospitalar de S. João, EPE – recolha autorizada, tendo sido fornecidos apenas a produção específica de MCDT – análises clínicas do ano de 2009. No que concerne aos custos totais de produção, foram disponibilizados os dos anos de 2005 a 2010;
2. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE – recolha autorizada, tendo sido disponibilizados apenas os custos de produção dos respetivos MCDT para os anos de 2009 e 2010. Quanto à respetiva especificidade das análises clínicas não foi

possível obter esses dados, por limitações de software, segundo informações do respetivo administrador para a área dos MCDT;

3. Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE – recolha autorizada. Todavia, não foi possível obter quaisquer dados em virtude da alteração da composição do Conselho Diretivo da Unidade de Gestão Integrada (UGI) de MCDT durante o processo de recolha de dados;

4. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE – após várias diligências nesse sentido, ainda não obtive qualquer resposta ao meu requerimento, até à data de hoje;

5. Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE – autorizada a recolha, tendo sido disponibilizados os dados referentes à produção de MCDT (análises clínicas) para os anos de 2006 a 2009 para os três hospitais constantes do então Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (unidades de Bragança, Mirandela e Macedo de Cavaleiros), bem como os respetivos custos de produção para esses anos;

6. Centro Hospitalar de Coimbra, EPE – recolha de dados não autorizada.

Após análise exaustiva dos dados recolhidos, constatou-se alguma discrepância entre os dados financeiros disponibilizados pelos respetivos hospitais e os dados financeiros constantes da respetiva Base de Dados dos Elementos Analíticos da ACSS, atrás referida.

Assim, constatou-se que os dados financeiros disponibilizados diretamente pelos hospitais reportavam custos sistematicamente inferiores aos verificados na respetiva Base de Dados da ACSS, com exceção da ULS do Nordeste cujos gastos e produção total ponderada de MCDT variavam entre valores inferiores e superiores aos constantes da respetiva Base de Dados da ACSS.

Face ao exposto, e salvo melhor opinião, dado que não se conseguiram obter os dados contabilísticos de todos os hospitais para que se pudessem inferir outras conclusões, e também no sentido de manter um fio condutor ao longo de todo o trabalho de análise de gastos, optou-se por considerar os elementos constantes da Base de Dados da ACSS para os anos considerados de 2005 a 2009, quando se fizeram comparações entre hospitais/centros hospitalares públicos. Todavia, quando se efetuaram comparações entre setor público e setor privado (HSJ e ULS do Nordeste), deu-se

primazia ao total de produção e respetivos custos fornecidos pelos hospitais, uma vez que os custos de produção dos exames no setor privado foram calculados com base na quantidade e especificidade de exames analíticos fornecidos pelo hospital/centro hospitalar.

5.3. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

5.3.1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE

O Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC), foi criado em 2 de Março de 2011 por Decreto-Lei, por fusão dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE (HUC), do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, e do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra.

O CHUC é um hospital geral central e universitário (ligação à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra), ocupando um lugar de topo na estrutura hospitalar portuguesa. Dirige a sua acção assistencial à cobertura da população do Centro do País.

Em 1 de Setembro de 2008, os HUC tinham sido foram transformados em Entidade Pública Empresarial.

De acordo com o Relatório e Contas de 2009 (último disponível), os HUC contavam com uma lotação de 1.456 camas. Foram também efetuadas, nesse ano, 529.429 consultas externas.

5.3.2. CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

O Centro Hospitalar de S. João, EPE (CHSJ), é o maior hospital do Norte e o segundo maior do País. É um hospital universitário com ligação à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Em 31 de Dezembro de 2005, o então Hospital de S. João foi transformado em Entidade Pública Empresarial e encetou um processo de reorganização interna e de investimento em melhores condições hoteleiras para os seus doentes.

Em 1 de Abril de 2011 foi criado o Centro Hospitalar de S. João, EPE, pela fusão do então Hospital de S. João, EPE e do então Hospital de Nossa Sr.^a da Conceição de Valongo.

De acordo com o Relatório e Contas de 2011 (último disponível), o CHSJ conta com uma lotação de 1.176 camas. O Índice de Case Mix (ICM), que consiste num coeficiente global de ponderação da produção que reflete a relatividade de um hospital face a outro, em termos da sua maior ou menor complexidade de casuística atingiu, em 2011, o valor de 1,527 para um total de 33.770 episódios/GDH registados. Este índice é determinado pelo cálculo do rácio entre o número de doentes equivalentes ponderados pelos pesos relativos dos respectivos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) e o número total de doentes equivalentes.

No ano de 2011, foram também efetuadas 538.870 consultas externas.

5.3.3. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNGE) foi criado pelo Decreto-Lei n.º 50–A/2007, de 28 de Fevereiro de 2007, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda, de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial.

Hospital central da região de Entre Douro e Vouga, tem todas as valências básicas, intermédias, diferenciadas e praticamente todas as altamente diferenciadas, algumas das quais consideradas como referência na zona Norte.

De acordo com o Relatório e Contas de 2010 (último disponível), o CHVNGE apresenta uma lotação de 558 camas, divididas pelas várias especialidades presentes. Nesse ano considerado, foram efetuadas 429.995 consultas externas.

5.3.4. INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, EPE

O Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPOPFG), nasceu em Abril de 1974. Em 16 de Dezembro de 2002 foi transformado em Sociedade

Anónima de capitais exclusivamente públicos e em 30 de Dezembro de 2005 passa a ser Entidade Pública Empresarial.

É uma Instituição de Saúde de referência nacional e internacional no domínio do tratamento, da investigação e do ensino da patologia neoplásica (cancro).

De acordo com o Relatório e Contas de 2010 (último disponível), o IPOPFG apresenta uma lotação de 319 camas. Para esse ano de 2010, o total de consultas externas efetuadas foi de 287.203.

5.3.5. CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA, EPE

O Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (CHC) foi criado pelo Decreto-Lei n.º 50-A/2007, de 28 de Fevereiro, integrando três estabelecimentos hospitalares: o Hospital Geral (também conhecido por Hospital dos Covões), o Hospital Pediátrico e a Maternidade de Bissaya Barreto.

O CHC foi legalmente extinto em 2 de Março de 2011 por fusão com os HUC e com o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, criando o CHUC.

Enquanto hospital central, o hospital geral constitui referência para os doentes enviados pelos hospitais da Figueira da Foz, de Leiria e de Pombal. A área de influência do hospital pediátrico abrange toda a região centro do país. A área de influência da Maternidade de Bissaya Barreto abrange vinte e um centros de saúde da zona de Coimbra e outros concelhos limítrofes; como hospital de apoio perinatal diferenciado constitui referência para os hospitais de Castelo Branco, Figueira da Foz e Leiria.

De acordo com o documento sobre o Movimento Assistencial de 2011, o CHC apresenta uma lotação de 537 camas e um ICM geral de 1,108, tendo sido efetuadas, também nesse ano, 284.690 consultas externas.

5.3.6. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, EPE

A Unidade Local de Saúde do Nordeste, EPE (ULS do Nordeste), foi criada em 2 de Junho de 2011, por integração do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE (CHNE) e

do Agrupamento dos Centros de Saúde do Alto Trás-os-Montes I – Nordeste (ACES do Nordeste).

Com a criação da ULS do Nordeste como Entidade Pública Empresarial e a aprovação dos respectivos estatutos, consideram-se extintos o CHNE, EPE (constituído em 31 de Dezembro de 2005) que resultou da agregação das pessoas colectivas Hospital Distrital de Bragança, SA, Hospital Distrital de Mirandela, SPA e Hospital Distrital de Macedo de Cavaleiros, SPA, bem como os Agrupamentos de Centros de Saúde do Nordeste (ACES do Nordeste).

De acordo com o Relatório e Contas de 2008 (último disponível), o então Centro Hospitalar do Nordeste, EPE, apresentava uma lotação de 495 camas. Para esse ano de 2008, o total de consultas externas efetuadas foi de 117.617.

5.3.7. A.D.S.E. (DIREÇÃO-GERAL DE PROTEÇÃO SOCIAL AOS TRABALHADORES EM FUNÇÕES PÚBLICAS)

A ADSE é o maior subsistema de saúde existente em Portugal, contando com mais de 1.332.000 beneficiários em Agosto de 2012, de acordo com a tabela seguinte (tabela 3):

Tipo de Beneficiários	2010	2011	Agosto de 2012
Titulares/Ativo	581.097	568.833	550.767
Titulares/Aposentados	307.537	329.100	335.045
Familiares	468.194	447.457	446.740
TOTAL GERAL:	1.356.828	1.345.390	1.332.552

Tabela 3 – Número e tipo de beneficiários da ADSE
(Fonte: ADSE, <http://www.adse.pt/page.aspx?IdCat=352&IdMasterCat=351&MenuLevel=2>,
acedido em 25 de Setembro de 2012).

Segundo fontes oficiais (ERS, 2008), para uma amostra de 57 entidades convencionadas estudadas, da área de análises clínicas, 89% dessas unidades de saúde detinham convenção com a ADSE.

Segundo o Relatório de Atividades de 2011 da ADSE, os custos totais com a comparticipação de despesas de saúde com o regime convencionado totalizou, para esse ano considerado, o valor de cerca de 253 milhões de euros (M€) dos quais, cerca de 16%, isto é cerca de 40 M€, correspondem aos gastos totais com a valência de análises

clínicas. Nesta área, um grupo de 23 análises é responsável por parte significativa dos custos totais de cerca de 40 M€ (hemoglobina A1c, triglicerídeos, ionograma, colesterol, ferritina, ácido úrico, ácido fólico, urina II, anticorpos anti-hepatite C, entre outras).

No que concerne ao custo médio participado por beneficiário no total do regime convencionado, o mesmo ascendeu a cerca de 185 €, para o ano de 2011 (crescimento de cerca de 7% em relação ao ano de 2010).

5.3.8. PERFIS ANALÍTICOS BÁSICOS

Conforme explicado anteriormente, construiu-se um modelo de alguns perfis analíticos básicos para diversas patologias comuns na rotina diária das unidades de saúde, hospitalares e dos cuidados de saúde primários, a saber:

1. Geral/Básico: hemograma, velocidade de sedimentação (VS), glicose, ureia, creatinina, colesterol total, colesterol HDL (HDL), colesterol LDL (LDL), triglicerídeos, AST, ALT, gama GT, fosfatase alcalina, ácido úrico, bilirrubinas, LDH, proteínas totais e eletroforese das proteínas, ionograma, cálcio, urina II e sedimento urinário;
2. Hematológico/Anemia: hemograma, reticulócitos, ferro, CTFF, ferritina, transferrina, electroforese da hemoglobina, vitamina B12 e ácido fólico;
3. Controlo de Hipocoagulação Oral: PT e INR;
4. Diagnóstico de Gravidez: *screening* da presença de Beta-HCG na urina (teste de gravidez) e doseamento da sua concentração no sangue (técnicas de imunoensaio);
5. Gestacional Inicial: hemograma, glicose, glicose após ingestão de 50 gr. de glucose, grupo sanguíneo, teste de coombs indirecta, VDRL, anticorpos anti-toxoplasmose, anticorpos anti-rubéola, anticorpos anti-citomegalovírus, HBs Ag, anticorpos anti-HIV I/II, urina II, sedimento urinário e exame bacteriológico da urina;
6. Gestacional – 2.º Trimestre: hemograma, glicose, glicose após ingestão de 50 gr. de glucose, VDRL, anticorpos anti-toxoplasmose, HBs Ag, anticorpos anti-HIV I/II, urina II, sedimento urinário e exame bacteriológico da urina;

7. Gestacional – 3.º Trimestre: hemograma, glicose, glicose após ingestão de 50 gr. de glucose, VDRL, anticorpos anti-toxoplasmose, HBs Ag, anticorpos anti-HIV I/II, PT/INR, APTT, urina II, sedimento urinário e exame bacteriológico da urina;
8. Hepático – HBV: HBs Ag, HBe Ag, anticorpos anti-HBc, anticorpos anti-HBc IgM, anticorpos anti-HBe, anticorpos anti-HBs;
9. Controlo de vacinação de hepatite B: anticorpos anti-HBs;
10. Hepático – HCV: anticorpos anti-HCV e anticorpos anti-HCV IgM;
11. Diagnóstico de HIV – anticorpos anti-HIV I/II;
12. Hipertensão Arterial – HTA: ureia, creatinina, ionograma, magnésio, ácido vanilmandélico, catecolaminas, metanefrinas, aldosterona, renina, cortisol, urina II, sedimento urinário e exame bacteriológico da urina;
13. Artrite Reumatóide: hemograma, VS, RA Teste, doseamento de proteína C reactiva, reação de waaler-Rose, anticorpos anti-CCP, proteínas totais e eletroforese das proteínas, anticorpos anti-SS(A), anticorpos anti-SS(B), anticorpos anti-Jo1, ANA;
14. Função Tireóideia: T₃, T₃ livre, T₄, T₄ livre, TSH, anticorpos anti-tireoideus, tireoglobulina
15. Diabetes: glicose, hemoglobina A1c, microalbuminúria, colesterol total, triglicerídeos, creatinina;
16. Lipídico: colesterol total, HDL, LDL, VLDL, triglicerídeos, lipoproteína A;
17. Infertilidade Feminina: FSH, LH, prolactina, 17-beta-estradiol, 17-hidroxi-progesterona, DHEA SO₄, delta-4-androstenediona, cortisol;
18. Infertilidade Masculina: testosterona, testosterona livre, FSH, LH, prolactina, 17-beta-estradiol, SHBG;
19. Marcadores Tumoriais:
 - » Geral – CEA;
 - » Próstata – PSA total, PSA livre, AFP e PAP;
 - » Ovário – CA 125;
 - » Mama – CA 15.3;
 - » Estômago – CA 19.9;
 - » Tireóide – calcitonina;

-» Pulmão – SCC e NSE;

20. Rastreio de Cancro Colo-Retal: pesquisa de sangue oculto nas fezes

21. Alérgico: IgE Total, PhadiotopTM inalante, PhadiotopTM alimentar, RAST IgE Específica.

5.3.8.1. TABELAS DE PREÇOS DE MCDT UTILIZADAS

As tabelas de preços de MCDT utilizadas foram as seguintes:

-» Para os hospitais/centros hospitalares – Tabelas de preços do SNS – Portaria n.º 567/2006, de 23 de Janeiro, Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro, Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro e Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de Julho;

-» Para os laboratórios convencionados com o SNS – Tabelas de preços de MCDT das entidades convencionadas de Abril 2007 (para datas anteriores é esta tabela de preços que se manterá em vigor até 31 de Dezembro de 2007), Janeiro 2008, Setembro 2008, Fevereiro 2009, Outubro 2009, Janeiro 2010, Outubro 2010, Janeiro 2011, Julho 2011, Setembro 2011, Outubro 2011, Novembro 2011, Janeiro 2012 e Agosto de 2012;

-» Para os laboratórios convencionados com a ADSE – Tabelas de preços e regras do regime convencionado com a ADSE dos anos de 2006 e 2012.

CAPÍTULO 6. ANÁLISE DOS DADOS E DOS RESULTADOS OBTIDOS

Após o tratamento e análise dos dados recolhidos, foram identificadas várias variáveis que vão ser objeto de considerações neste capítulo, apresentadas em seguida.

6.1. SETOR PÚBLICO

6.1.1. CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, EPE *versus* CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE

Para estes dois centros hospitalares, incluídos na categoria de grande dimensão/capacidade, os gastos totais anuais para o setor da patologia clínica, o número ponderado de MCDT produzidos e o respetivo custo unitário médio ponderado por exame são os seguintes, para os anos de 2005 a 2009 (tabela 4):

Centro Hospitalar	CHUC			CHSJ		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Ano 2005	9.914.371,65	7.544.696	1,31	17.483.728,09	4.732.769	3,69
Ano 2006	10.363.828,66	5.276.555	1,96	10.779.282,41	3.011.137	3,58
Ano 2007	10.195.668,47	5.429.091	1,88	12.274.178,60	2.981.211	4,12
Ano 2008	10.470.885,92	5.604.518	1,87	12.459.310,96	3.580.461	3,48
Ano 2009	10.769.436,46	5.556.955	1,94	12.483.295,33	3.917.276	3,19
TOTAL:	51.714.191,16	29.411.815	1,76	65.479.795,39	18.222.854	3,59

Tabela 4 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009.
 (Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

O gráfico da página seguinte (gráfico 1) elucida-nos quanto aos gastos totais anuais para a produção de MCDT destes dois centros hospitalares. No total dos anos considerados, o CHSJ teve custos acrescidos de mais cerca de 26,6% (mais 14 milhões de € – M€, aproximadamente) para a produção ponderada considerada.

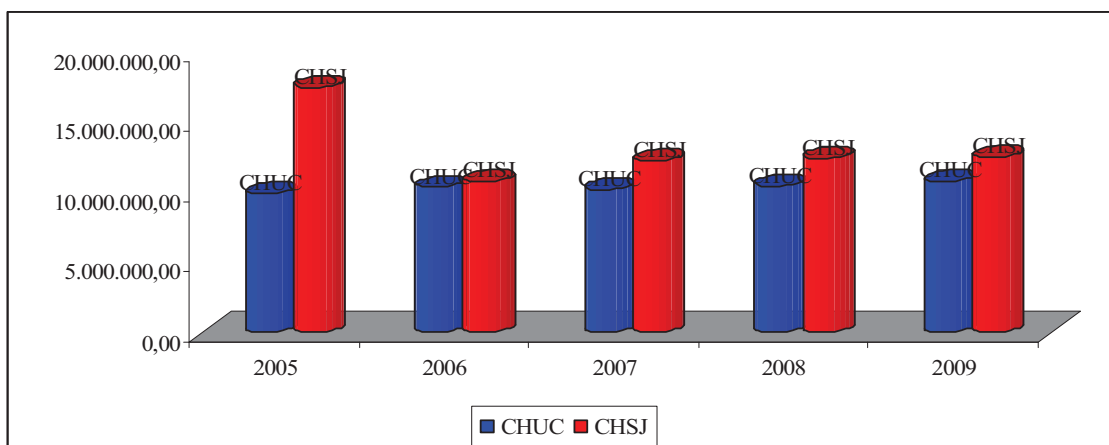


Gráfico 1 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

No gráfico seguinte (gráfico 2) podemos observar a produção de MCDT destes dois centros hospitalares. No total dos anos considerados, o CHUC efetuou mais cerca de 61,4% de exames analíticos do que o CHSJ (aproximadamente 11.200.000 análises clínicas a mais).

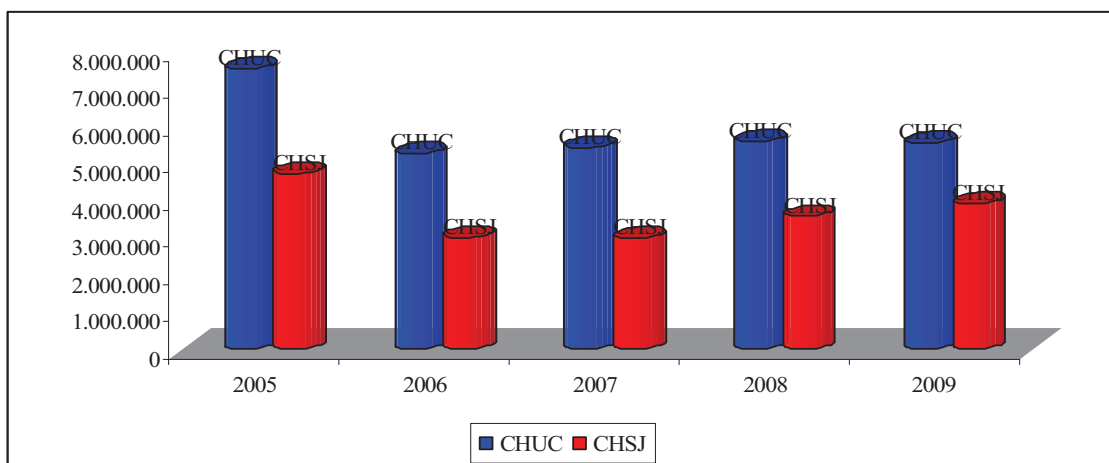


Gráfico 2 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

No gráfico da página seguinte (gráfico 3) podemos inferir o custo unitário médio ponderado pelos exames destes dois centros hospitalares. No total dos anos considerados, é notório o custo sempre inferior a 2 € por exame que o CHUC reportou. Aliás, para o total dos anos considerados, este custo é muito homogêneo.

Quanto ao CHSJ, o mesmo custo é sempre superior a 3 € no total dos anos considerados. A média ponderada pelos exames do custo unitário, para estes 5 anos considerados, foi de 1,76 € (desvio padrão de 0,27 €) para o CHUC e de 3,59 € (desvio padrão de 0,34 €) para o CHSJ, claramente acima do seu parceiro de análise (mais cerca de 100%).

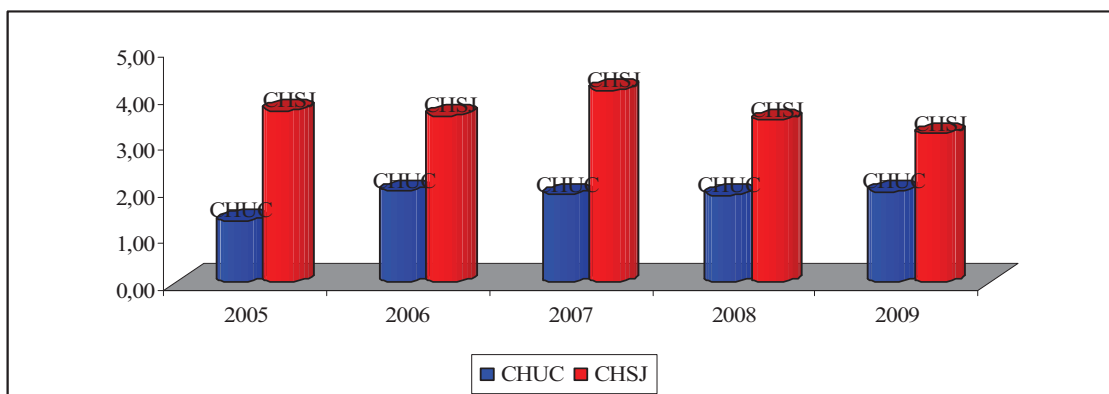


Gráfico 3 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009.
Custo unitário médio ponderado por exame analítico.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

Pela análise dos dados anteriores, e se de uma forma simplista invertêssemos a produção de MCDT entre os hospitais, poderíamos dizer que para o CHUC efetuar a produção do CHSJ “apenas” gastaria cerca de 32 M€, isto é, teria uma “poupança” de cerca de 20 M€. Já o CHSJ teria um “aumento” de encargos em cerca de 40 M€, passando a “consumir” recursos da ordem dos quase 106 M€ para realizar a produção média de MCDT do CHUC, para os anos considerados de 2005 a 2009. O gráfico seguinte demonstra-nos isso mesmo (gráfico 4):

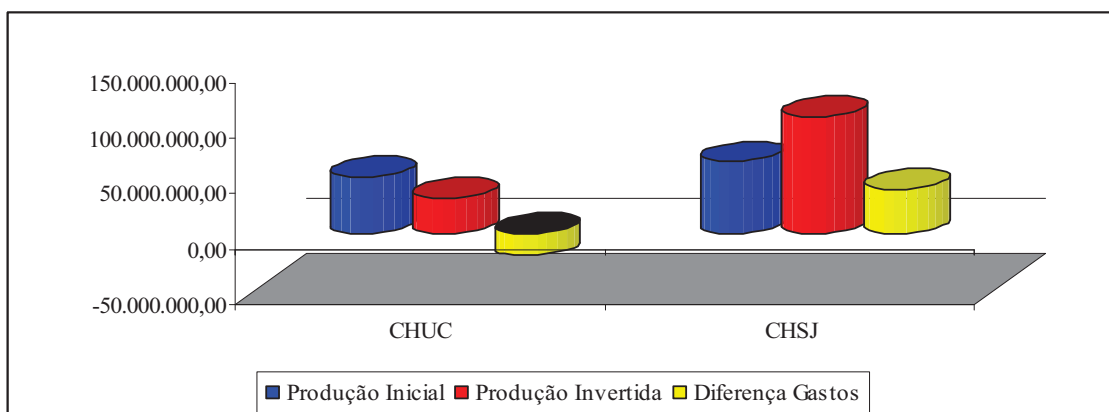


Gráfico 4 – CHUC vs. CHSJ para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

Seria pertinente a realização de outros estudos mais aprofundados, no sentido de indagar o porquê desta discrepância tão acentuada entre dois hospitais semelhantes. Seria muito interessante analisar e compreender a razão para um custo unitário médio ponderado por exame tão baixo. Aliás, do total dos 12 hospitais/centros hospitalares inicialmente selecionados, o CHUC é mesmo o que apresenta o melhor indicador nesse item, de todos eles.

6.1.2. CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO, EPE versus INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO FRANCISCO GENTIL, EPE

No que concerne a estes dois centros hospitalares, incluídos na categoria de média/grande dimensão, os gastos totais anuais de produção, número ponderado de MCDT produzidos e os custos unitários médios ponderados por exame são os seguintes, para os anos de 2005 a 2009 (tabela 5):

Centro Hospitalar	CHVNGE			IPOPFG		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Ano 2005	5.532.541,09	1.330.743	4,16	9.485.827,29	1.355.714	7,00
Ano 2006	6.210.257,17	1.497.761	4,15	4.003.066,18	1.250.235	3,20
Ano 2007	8.656.609,70	1.763.287	4,91	5.791.968,72	1.337.250	4,33
Ano 2008	10.250.577,14	1.989.824	5,15	6.159.675,55	1.857.560	3,32
TOTAL:	30.649.985,10	6.581.615	4,66	25.440.537,74	5.800.759	4,39
Ano 2009	9.606.960,55	2.578.551	3,73	a)	a)	a)
TOTAL:	40.256.945,65	9.160.166	4,39			

Tabela 5 – CHVNGE vs. IPOPFG para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

Notas:

a) Dados inexistentes na Base de Dados dos Elementos Analíticos da ACSS.

No gráfico da página seguinte (gráfico 5) podemos observar o total de gastos anuais para a produção de MCDT destes dois centros hospitalares. Para o ano de 2005, constatou-se no IPOPFG um custo superior em cerca de 71,5% (cerca de 4 M€ a mais), quando comparado com igual período do CHVNGE. Para os anos de 2006 a 2008, esta tendência inverteu-se, isto é, o CHVNGE reportou custos acrescidos de mais cerca de

57,4% (cerca de 9,2 M€ a mais), quando comparado com igual período do IPOPFPG e para a produção ponderada considerada.

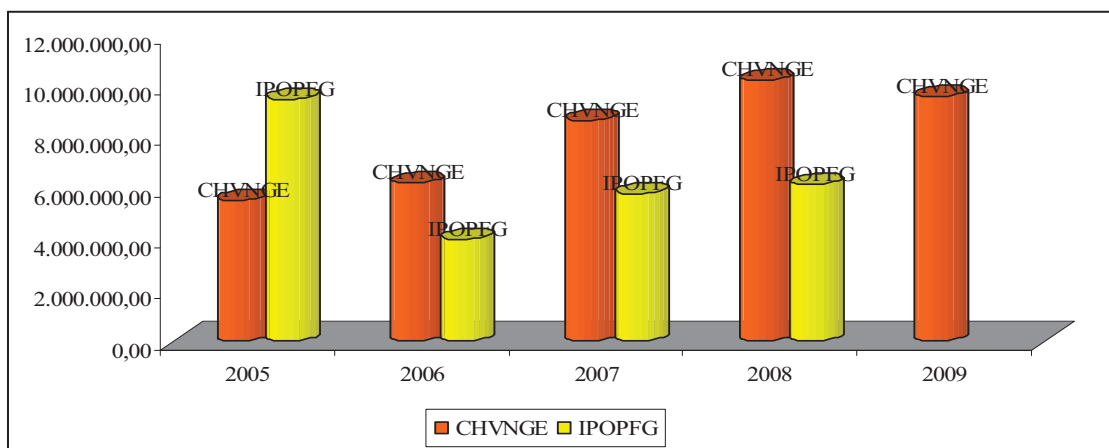


Gráfico 5 – CHVNGE vs. IPOPFPG para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

No que concerne a produção de MCDT destes dois centros hospitalares, podemos observar no gráfico seguinte (gráfico 6) que, para o ano de 2005, existiu no IPOPFPG uma produção superior à do CHVNGE em cerca de 1,0% (cerca de 25.000 exames a mais). Já para os anos de 2006 a 2008, houve uma inversão desta tendência, isto é, o CHVNGE teve uma produção de MCDT superior em cerca de 18,1% (aproximadamente 806.000 exames a mais), quando comparado com igual período do IPOPFPG e para os anos considerados.

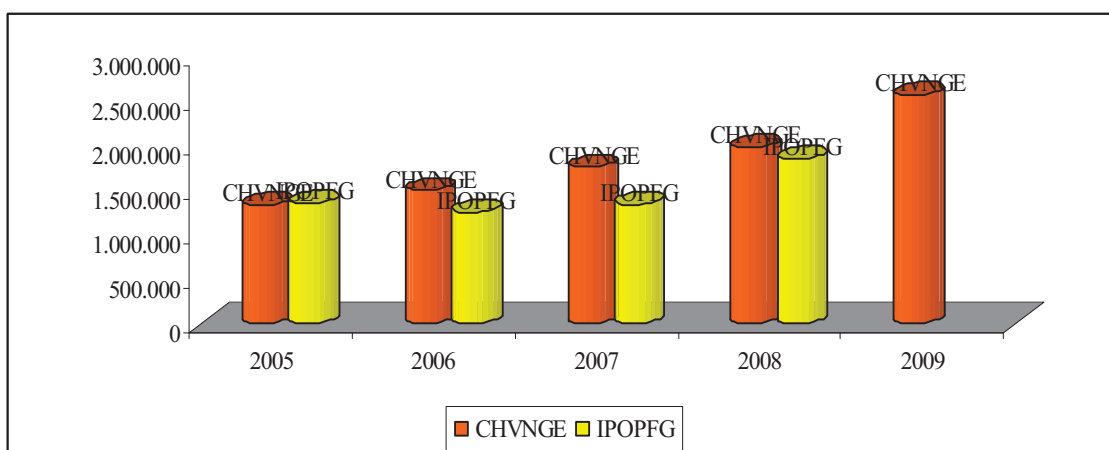


Gráfico 6 – CHVNGE vs. IPOPFPG para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

No gráfico seguinte (gráfico 7) podemos inferir o custo unitário médio ponderado por exame destes dois centros hospitalares. Para o ano de 2005, esse custo no IPOPFPG é 68,3% superior, claramente acima do seu parceiro de análise (mais cerca de 2,84 €/exame). Quanto aos anos de 2006 a 2008, houve uma inversão desta tendência, isto é o CHVNGE teve um custo unitário médio ponderado por exame na casa dos 4,74 € (desvio padrão de 0,52 €), superior em cerca de 1,12 € (aproximadamente 31,0% de gastos a mais), quando comparado com igual período do IPOPFPG e para os anos considerados, já que este último reportou, para o mesmo custo, um valor de 3,62 € (desvio padrão de 0,62 €). Para o ano de 2009 o CHVNGE reportou um custo unitário médio ponderado por exame na casa dos 3,73 €, substancialmente inferior (cerca de 1,01 € a menos) à média dos anos de 2006, 2007 e 2008 (aproximadamente 21,4% a menos).

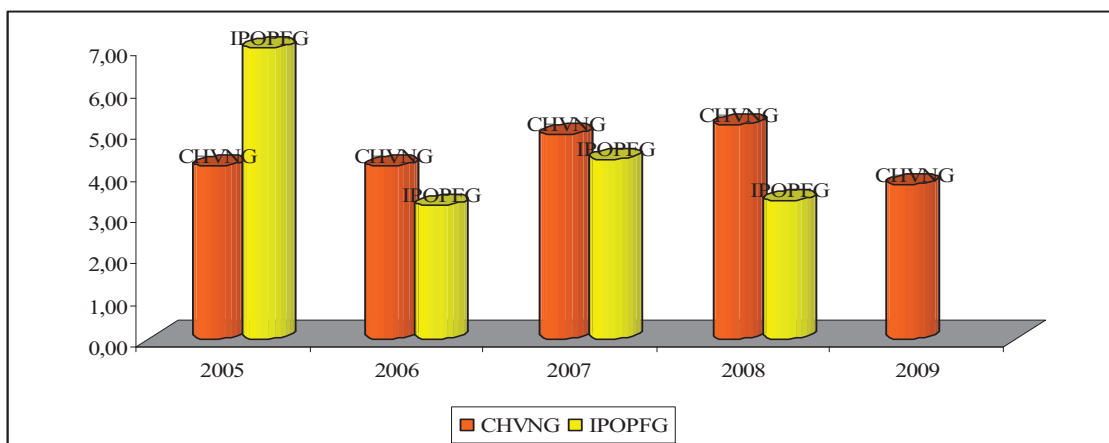


Gráfico 7 – CHVNGE vs. IPOPFPG para os anos de 2005 a 2009.
 Custo unitário médio ponderado por exame analítico.
 (Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

Para estes dois centros hospitalares e para o período compreendido entre os anos de 2005 e 2008, o custo unitário médio ponderado por exame é muito semelhante, sendo de 4,66 € (desvio padrão de 0,52 €) para o CHVNGE e de 4,39 € (desvio padrão de 1,76 €) para o IPOPFPG. Nesse sentido, não se considerou pertinente “trocar” as produções, salvo melhor opinião, conforme efetuado para os dois centros hospitalares anteriores, em que as diferenças no custo unitário médio ponderado por exame eram mais evidentes.

6.1.3. CENTRO HOSPITALAR DE COIMBRA, EPE *versus* UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, EPE

Relativamente a estes dois centros hospitalares, incluídos na categoria de pequena/média dimensão, os gastos totais anuais de produção, número ponderado de MCDT produzidos e os custos unitários médios ponderados por exame são os constantes da tabela seguinte. Analisemos esses dados para os anos considerados de 2005 a 2009 (tabela 6):

Centro Hospitalar	CHC			ULS do Nordeste		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Ano 2005	7.269.529,60	1.489.513	4,88	3.040.583,82	731.549	4,16
Ano 2006	7.622.885,74	1.702.852	4,48	2.477.488,38	981.522	2,52
Ano 2007	8.110.215,59	1.867.729	4,34	3.779.727,54	993.928	3,80
Ano 2008	9.924.431,40	1.200.048	8,27	3.896.799,32	1.044.802	3,73
Ano 2009	10.199.603,06	1.893.075	5,39	3.744.394,22	515.437	7,26
TOTAL:	43.126.665,39	8.153.217	5,29	16.938.993,28	4.267.238	3,97

Tabela 6 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

Através do gráfico seguinte (gráfico 8) podemos observar o total de gastos anuais para a produção de MCDT destes dois centros hospitalares. Para a totalidade dos anos considerados (2005 a 2009), constatou-se que o CHC apresentou gastos totais superiores em cerca de 154,6%, quando comparado com igual período da ULS do Nordeste (ULS No), isto é, aproximadamente 26,2 M€ a mais.

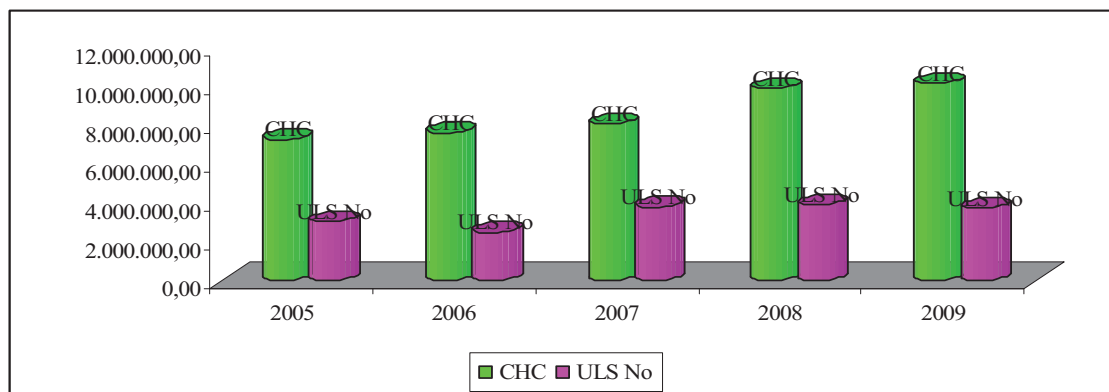


Gráfico 8 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

No gráfico seguinte (gráfico 9) podemos observar a produção de MCDT destes dois centros hospitalares. No total dos anos considerados, o CHC efetuou aproximadamente mais 3.900.000 exames analíticos do que a ULS do Nordeste (cerca de 91,1% de análises clínicas a mais).

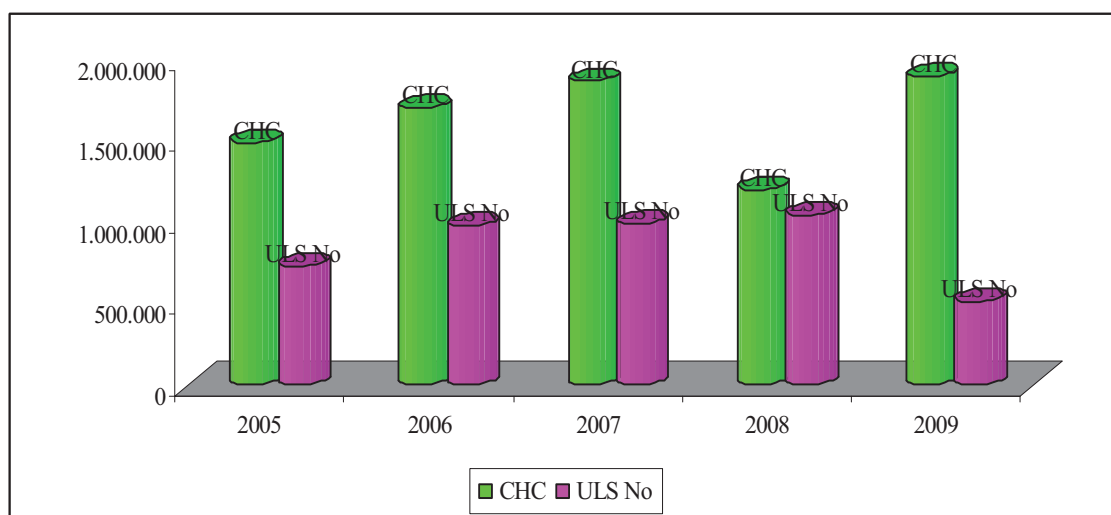


Gráfico 9 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009.
 (Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

Através do gráfico da página seguinte (gráfico 10) podemos inferir o custo unitário médio ponderado por exame destes dois centros hospitalares. Entre os anos de 2005 e 2008, o CHC obteve um valor de 5,49 € para esse custo (desvio padrão de 1,87 €), claramente superior, em cerca de 1,94 €, ao mesmo custo de 3,55 € reportado pela ULS do Nordeste (desvio padrão de 0,71 €), isto é, um custo unitário médio ponderado por exame de mais 54,6%, aproximadamente.

Para o ano de 2009 essa tendência inverteu-se, já que a ULS do Nordeste reportou um custo unitário médio ponderado por exame de 7,26 €, enquanto que o CHC obteve um valor de 5,39 €.

De qualquer forma, para a totalidade do período considerado, o custo unitário médio ponderado por exame do CHC foi de 5,29 € (desvio padrão de 1,62 €), claramente acima em 1,32 € (cerca de 33,3% a mais) ao custo da ULS do Nordeste, que foi de 3,97 € (desvio padrão de 1,77 €).

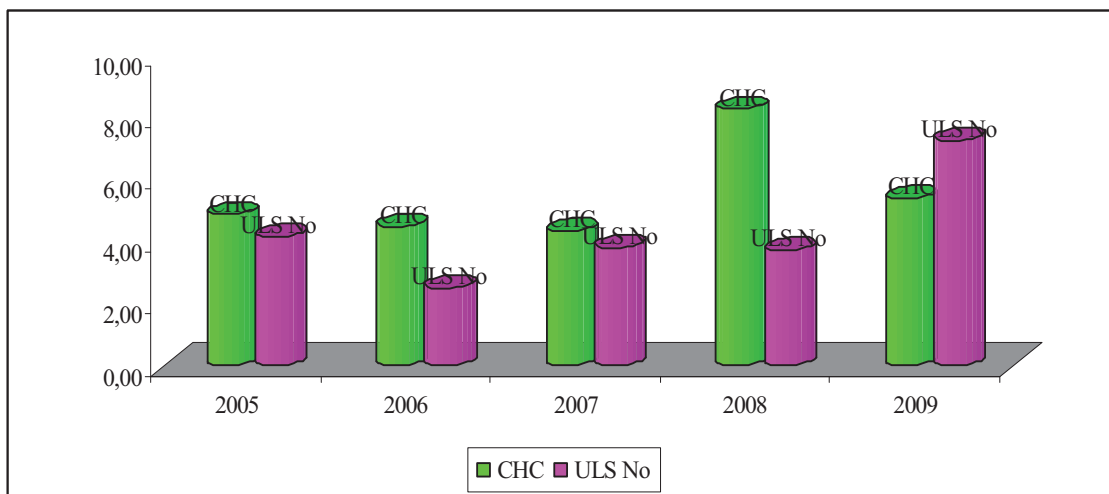


Gráfico 10 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009.
Custo unitário médio ponderado por exame analítico.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

De uma forma simplista, poderíamos dizer que se o CHC efetuasse a sua produção de MCDT (cerca de 8.150.000 exames analíticos) ao custo unitário médio ponderado por exame da ULS do Nordeste, o erário público teria um encargo financeiro de “apenas” cerca de 32,4 M€, isto é, teria uma “poupança” de cerca de 10,8 M€, em relação aos gastos totais efetivos de produção, isto é, uma poupança, não despendiçanda de aproximadamente 25,0%, conforme demonstra o gráfico seguinte (gráfico 11).

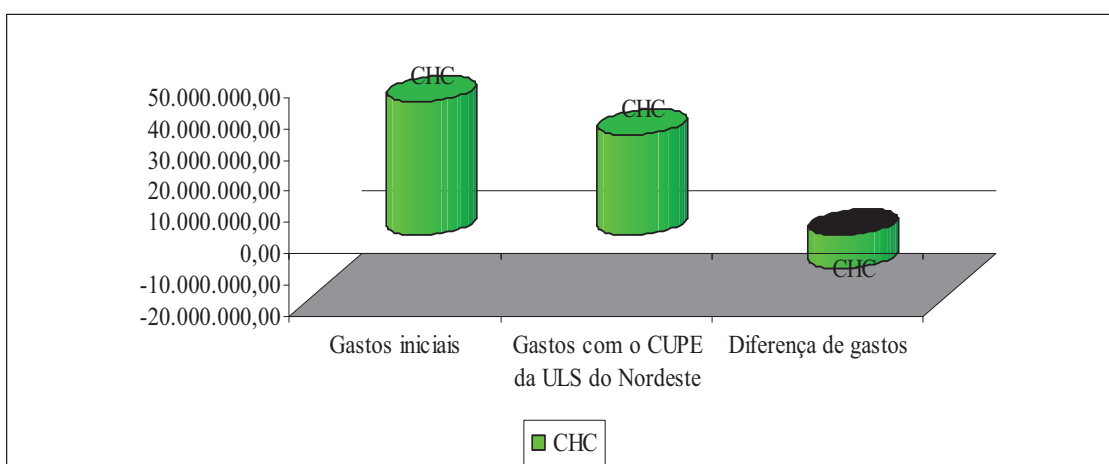


Gráfico 11 – CHC vs. ULS do Nordeste para os anos de 2005 a 2009.
(Fonte: Base de Dados dos Elementos Analíticos – BDEA – da ACSS).

6.2. SETOR PÚBLICO *versus* SETOR PRIVADO

6.2.1. CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, EPE *versus* SETOR PRIVADO

De acordo com os dados fornecidos pela respetiva Unidade Autónoma de Gestão (UAG) de MCDT do CHSJ para o ano de 2009, construiu-se a tabela seguinte (tabela 7) que demonstra entre esses dados e os constantes na citada Base de Dados da ACSS, a saber:

Local de recolha dos dados	CHSJ – Ano de 2009		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Base de Dados da ACSS	12.483.295,33	3.917.276	3,19
UAG de MCDT do CHSJ	12.197.209,32	3.916.778	3,11

Tabela 7 – CHSJ – Diferença entre os dados de 2009 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na UAG de MCDT do CHSJ.
(Fonte: Construção própria).

Seguidamente, elencaram-se as principais diferenças de custos totais e de custo unitário médio ponderado por exame para essa mesma quantidade de MCDT, quando os mesmos fossem realizados num laboratório privado, convencionado com o SNS, para esse mesmo ano de 2009, o que se sintetizou na tabela seguinte (tabela 8):

Valência Laboratorial	CHSJ			Laboratório Privado (LAC Priv)		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Quím.Clinica	4.592.895,03	2.040.574	2,25	12.006.110,30	2.040.574	5,88
Hematologia	1.210.189,88	332.861	3,64	869.116,67	332.861	2,61
Imunologia	3.735.009,17	1.099.565	3,40	4.123.803,80	1.099.565	3,75
Microbiologia	2.659.115,24	443.778	5,99	2.077.142,08	443.778	4,68
TOTAL:	12.197.209,32	3.916.778	3,11	19.076.172,85	3.916.778	4,87

Tabela 8 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009.
(Fonte: Construção própria).

Da análise da tabela seguinte podemos inferir várias conclusões, a saber:

1. Para a valência de química clínica, o total de gastos anuais para a produção de MCDT efetuada é 161,4% superior quando é realizada em laboratório privado (aproximadamente mais 7,4 M€ de encargos para o SNS), conforme podemos observar

pela análise do gráfico seguinte (gráfico 12):

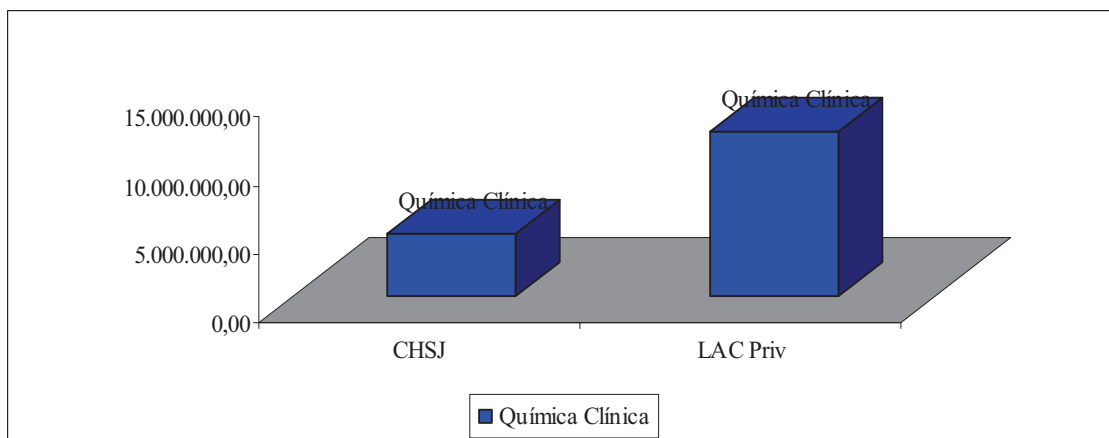


Gráfico 12 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – valência de química clínica.
 (Fonte: Construção própria).

2. Para a valência de hematologia, o somatório de gastos anuais totais para a produção de MCDT efetuada é 39,2% superior quando é realizada em estabelecimento hospitalar (aproximadamente mais 0,35 M€ de encargos para o SNS), conforme podemos inferir do gráfico seguinte (gráfico 13):

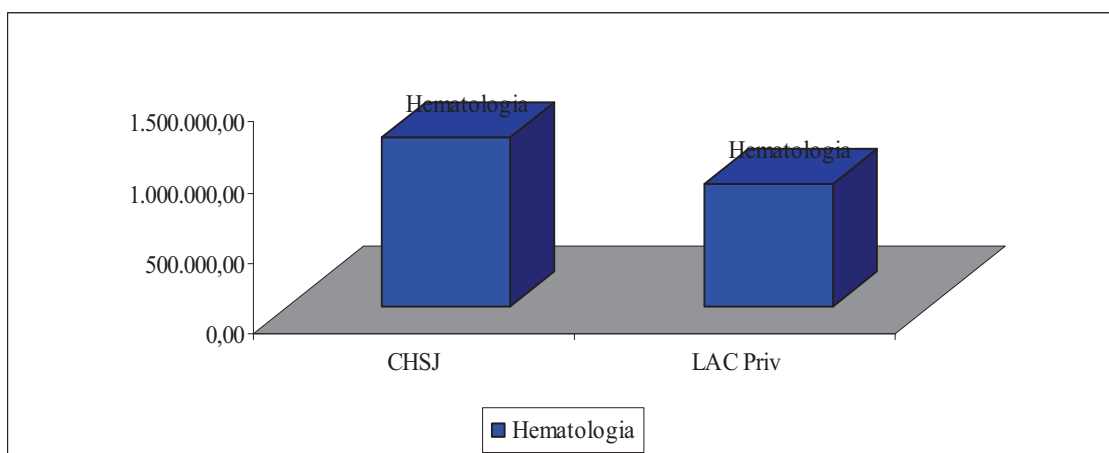


Gráfico 13 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – valência de hematologia.
 (Fonte: Construção própria).

3. Para a valência laboratorial de imunologia, o somatório de gastos anuais totais para a produção de MCDT efetuada é 10,4% superior quando é realizada em laboratório privado (aproximadamente mais 0,39 M€ de encargos para o SNS), como demonstra o gráfico da página seguinte (gráfico 14):

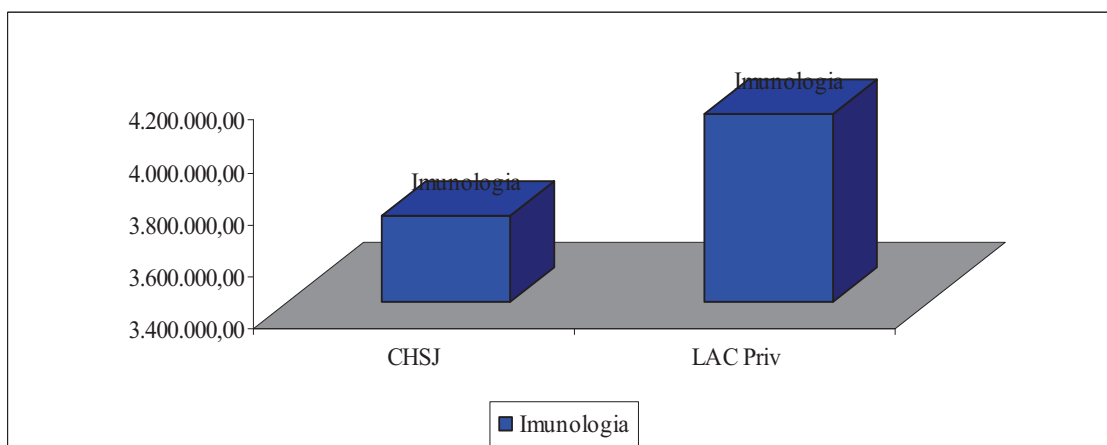


Gráfico 14 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – valência de imunologia.
(Fonte: Construção própria).

4. Para a valência laboratorial de microbiologia, o somatório de gastos anuais totais para a produção de MCDT efetuada é 28,0% superior quando é realizada em estabelecimento hospitalar (aproximadamente mais 0,58 M€ de encargos para o SNS), conforme podemos inferir do gráfico seguinte (gráfico 15):

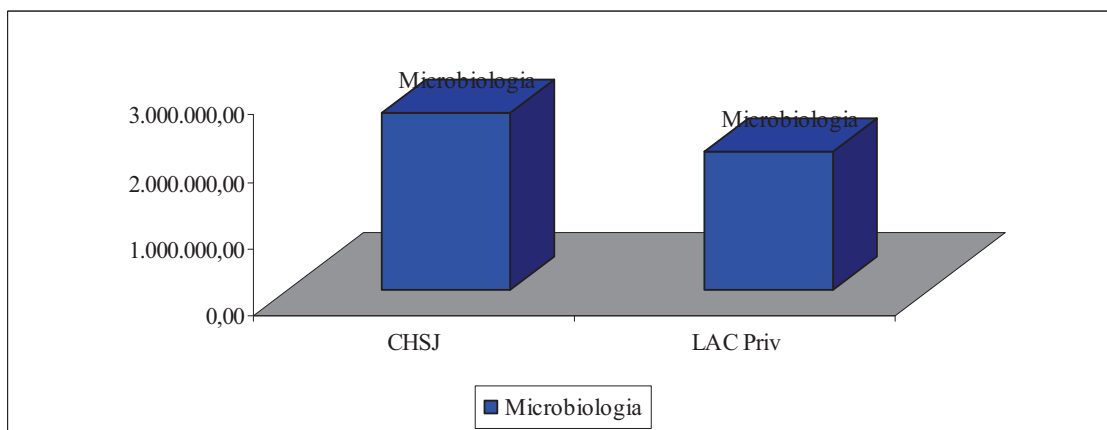


Gráfico 15 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – valência de microbiologia.
(Fonte: Construção própria).

Desta forma, podemos observar o gráfico da página seguinte (gráfico 16) onde podemos constatar, de uma forma global, as diferenças de custos para o SNS, para as várias valências laboratoriais e para o total de produção ponderada de MCDT.

A diferença substancial na valência de química clínica pode ser explicada, na nossa opinião, pela discrepância de preços praticados pelo SNS para os dois setores, público e privado, matéria sobre a qual nos debruçaremos mais à frente neste estudo.

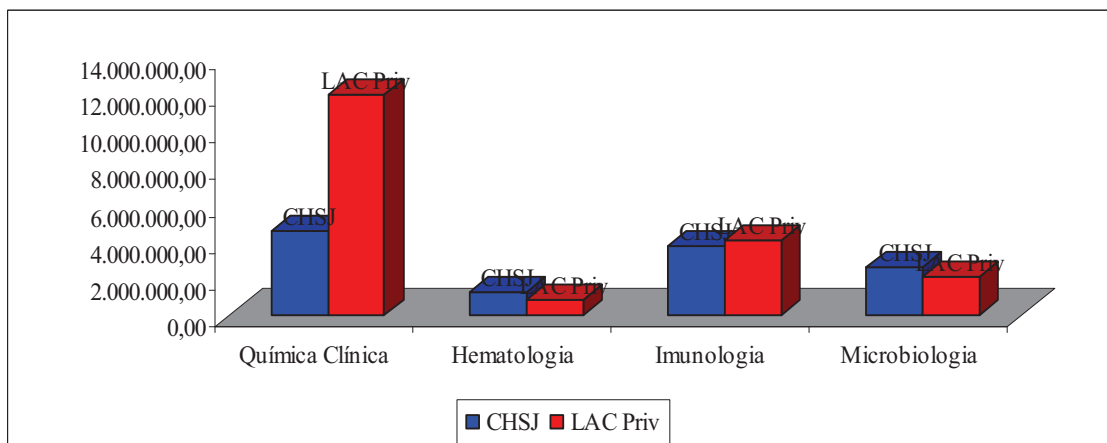


Gráfico 16 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – todas as valências laboratoriais.
(Fonte: Construção própria).

Se o conjunto de todos estes exames analíticos tivesse sido realizado num laboratório privado convencionado, o SNS público incorreria numa despesa superior em cerca de 6,9 M€ (aproximadamente mais 56,4%), do que se o mesmo conjunto de exames fosse realizado num estabelecimento hospitalar público. Podemos observar esse facto no gráfico seguinte (gráfico 17):

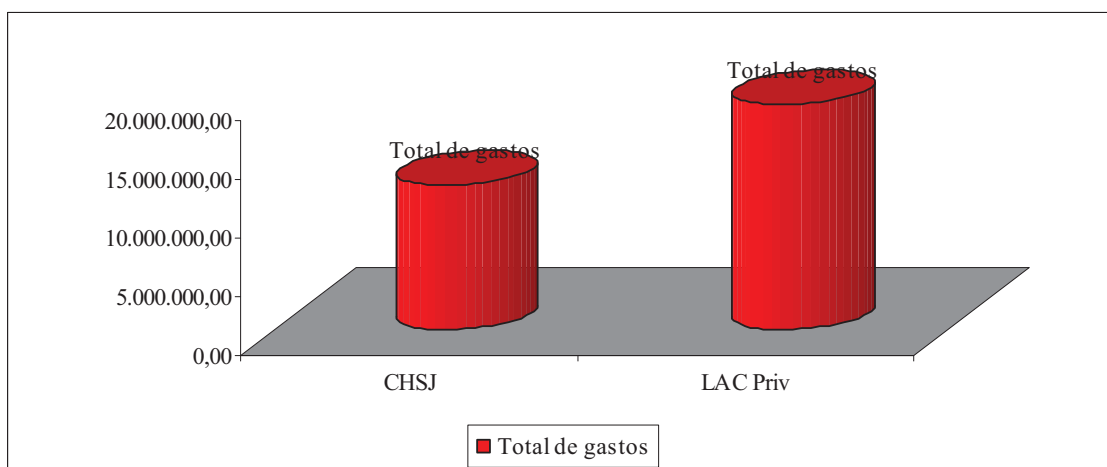


Gráfico 17 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – total de gastos.
(Fonte: Construção própria).

Relativamente ao custo unitário médio ponderado por exame para cada uma das valências laboratoriais, para essa mesma quantidade de MCDT, o gráfico da página seguinte (gráfico 18) permite-nos inferir as seguintes conclusões:

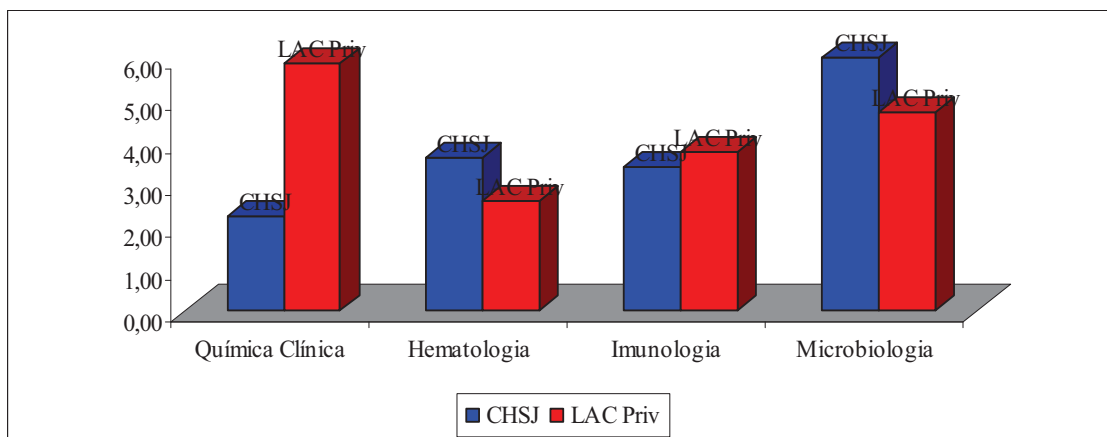


Gráfico 18 – CHSJ vs. LAC Privado (Priv) para o ano de 2009 – custo unitário médio ponderado por exame analítico para todas as valências laboratoriais.
(Fonte: Construção própria).

1. Para a valência laboratorial de química clínica, o custo unitário médio ponderado por exame analítico é superior em 3,63 € quando realizada em laboratório privado (aproximadamente mais 161,4 %);

2. Para a valência de hematologia, o custo unitário médio ponderado por exame analítico é superior em 1,03 € quando a produção é realizada em estabelecimento hospitalar (cerca de 39,2% superior);

3. Para a valência laboratorial de imunologia, o custo unitário médio ponderado por exame analítico é superior em 0,35 € quando realizada em laboratório privado (aproximadamente mais 10,4%);

4. Finalmente, para a valência de microbiologia, o custo unitário médio ponderado por exame analítico é superior em 1,31 € quando a produção é realizada em estabelecimento hospitalar (cerca de 28,0% superior).

Face ao exposto, poderemos então questionar-nos sobre o porquê de alguma disparidade de preços entre as várias valências?

Uma das respostas possíveis, assenta no facto de que o Estado nunca atualizou estas tabelas de preços em tempo útil, isto é, quando estas tabelas foram criadas (na primeira metade da década de 80) a tecnologia existente para executar as análises clínicas em determinadas áreas do universo laboratorial como imunologia, endocrinologia, toxicologia e doseamento de fármacos (estes três últimos englobados na valência geral de química clínica) era escassa, e a que havia era extremamente onerosa.

Ora, os próprios consumíveis (reagentes) para efetuar essas análises eram também muito dispendiosos; daí que, quando estas tabelas foram criadas os seus autores tiveram estes fatores, não despreciando, em consideração.

Para ilustrar o que acabamos de enunciar apresentaremos o exemplo que, na nossa opinião, melhor elucida sobre este facto:

-> quando o HIV foi descoberto, na primeira metade da década de 80, rapidamente as indústrias farmacêutica/diagnóstico mobilizaram as suas equipas técnicas e científicas no sentido de obter um teste para despiste da doença, o que aconteceu no final dessa década de 80. Quando apareceram os primeiros reagentes para despiste de HIV I/II (testes de 1.^a geração) o custo de um conjunto desses testes (*kit* de reagente) para cerca de 90 – 100 testes ultrapassava largamente os vários milhares de € e tratavam-se de testes isolados para cada um dos vírus; daí que, o legislador tenha incluído na tabela de preços o código 868.0 – pesquisa de anticorpos anti-HIV I e/ou anti-HIV II, devendo os laboratórios privados debitar duas vezes este código aquando da prescrição deste exame. O que acontece é que a tecnologia evoluiu para testes de 2.^a, 3.^a e 4.^a geração, atualmente e, naturalmente, o preço dos reagentes também evoluiu drasticamente no sentido ascendente. Desde os testes de 3.^a geração que, no mesmo teste, se executa a análise para HIV I e para HIV II, isto é, apenas um doseamento, mas o SNS continuou a pagar 2 doseamentos até setembro de 2009. Hoje em dia, um *kit* de reagentes para HIV I e II para cerca de 90 – 100 testes dificilmente custará mais de 750 €, mesmo para pequenos laboratórios privados que não conseguem aceder a economias de escala. Situação idêntica acontece noutras valências da área laboratorial no mesmo sentido, principalmente na valência de endocrinologia e imunologia (englobadas precisamente na valência de química clínica), com outros exames analíticos.

Curiosamente, ou não, em relação ao setor convencionado, existiu a seguinte evolução da tabela de preços pagos pelo SNS às entidades convencionadas, a saber:

- > a partir de 1 de novembro de 2005, a tabela de preços foi reduzida em 5%;
- > durante o ano de 2006 e de 2007 vigorou para todo o setor convencionado o “crescimento zero” da despesa anual das diversas áreas, isto é, todo o crescimento anual do setor devia ser deduzido na facturação dos meses de novembro e dezembro; nesse sentido, a tabela de preços foi reduzida em cerca de 3%;

-» em setembro de 2008 a tabela de preços foi novamente reduzida em 5% para um conjunto de análises, mas na prática, os preços mantiveram-se na mesma, em virtude da pouca casuística dessas análises cujo preço tinha sido reduzido;

-» em outubro de 2009 iniciou-se a convergência das tabelas de preços dos convencionados e do SNS, tendo os preços sido reduzidos em 5% naquelas análises cujo preço convencionado ultrapassava em 1,5 vezes o preço dessa mesma análise na tabela do SNS (maioritariamente, análises da valência de química clínica como ácido fólico, FSH, LH, T₃, T₃ livre, T₄, T₄ livre, TSH e da imunologia, onde o caso mais flagrante foi do exame anticorpos anti-HIV I/II que passa de um preço de 36,88 € para um novo preço de 18,44 €, isto é, metade do preço inicial. Todavia em algumas análises de química clínica o preço foi substancialmente melhorado, assim como na valência de hematologia, como é o caso do hemograma, cujo preço passou de 3,07 € para 5,71 € por exame);

-» em outubro de 2010 os preços foram novamente reduzidos em 5% com o mesmo critério, isto é, naquelas análises cujo preço convencionado ultrapassava em 1,5 vezes o preço dessa mesma análise na tabela do SNS (de novo em análises da valência de química clínica e de imunologia);

-» em setembro de 2011 o preço do exame hemograma (valência de hematologia) foi reduzido de 5,71 € para 2,58 €;

-» em outubro de 2011 o preço do exame hemograma (valência de hematologia) foi atualizado de 2,58 € para 5,00 € e foram finalmente uniformizados praticamente todos os preços das duas tabelas (entidades convencionadas e SNS);

-» em novembro de 2011 foi terminado o processo de convergência das duas tabelas e praticamente todos os preços são idênticos nos dois setores, público e privado;

-» em julho de 2012 a tabela de preços é novamente atualizada, com muitos exames analíticos a verem o seu preço novamente reduzido, em muitos casos, para preços inferiores aos praticados pela tabela do SNS.

Outro exemplo de uma situação semelhante a esta aconteceu na área de radiologia com a valência de TAC – tomografia axial computadorizada. Assim, quando a tecnologia surgiu na década de 60 e quando ficou disponível em termos das tabelas convencionadas, um equipamento de qualidade aceitável (resolução aceitável) tinha um

custo inicial na casa de 1 M€ – 1,5 M€. Hoje, um equipamento de qualidade aceitável em termos de diagnóstico por imagem dificilmente custará mais de 300.000 € ou 350.000 €. Em termos de tabela de preços das entidades convencionadas, em 2007, um TAC à coluna imputava um gasto ao SNS de 115,49 €, quando efetuado numa entidade convencionada de radiologia; hoje o gasto para o SNS é de 77,67 €, isto é, menos 37,82 € (uma redução de aproximadamente 33,3% do valor de 2007 do exame).

Relativamente à tabela de preços do SNS, os preços foram melhorados em cerca de 5 a 10%, dependendo do exame, mas com maior incidência nas valências de hematologia e química clínica – bioquímica –, com a revisão da mesma em fevereiro de 2009. Estes preços mantêm-se em vigor até há data.

6.2.2. UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORDESTE, EPE *versus* SETOR PRIVADO

De acordo com os dados financeiros e de produção de MCDT que foram recolhidos na ULS do Nordeste, e os mesmos dados constantes na já citada Base de Dados da ACSS, construíram-se as tabelas seguintes (tabelas 9, 10, 11 e 12) para cada um dos anos considerados (2006 a 2009), onde se espelham as diferenças encontradas:

Local de recolha dos dados	ULS do Nordeste – Ano de 2006		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Base de Dados da ACSS	2.477.488,38	981.522	2,52
ULS do Nordeste	2.992.923,16	661.650	4,52

Tabela 9 – ULS do Nordeste – Diferença entre os dados de 2006 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na ULS do Nordeste.
 (Fonte: Construção própria).

Local de recolha dos dados	ULS do Nordeste – Ano de 2007		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Base de Dados da ACSS	3.779.727,54	993.928	3,80
ULS do Nordeste	3.053.394,11	744.029	4,10

Tabela 10 – ULS do Nordeste – Diferença entre os dados de 2007 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na ULS do Nordeste.
 (Fonte: Construção própria).

Local de recolha dos dados	ULS do Nordeste – Ano de 2008		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Base de Dados da ACSS	3.896.799,32	1.044.802	3,73
ULS do Nordeste	2.554.974,05	564.558	4,53

Tabela 11 – ULS do Nordeste – Diferença entre os dados de 2008 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na ULS do Nordeste.
 (Fonte: Construção própria).

Local de recolha dos dados	ULS do Nordeste – Ano de 2009		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Base de Dados da ACSS	3.744.394,22	515.437	7,26
ULS do Nordeste	3.090.920,54	619.419	4,99

Tabela 12 – ULS do Nordeste – Diferença entre os dados de 2009 recolhidos da ACSS e os mesmos dados recolhidos na ULS do Nordeste.
 (Fonte: Construção própria).

Conforme pudemos constatar, existem algumas diferenças nos valores recolhidos da Base de Dados da ACSS e os valores recolhidos junto da própria ULS do Nordeste, para os mesmos itens.

Em seguida, identificaram-se as principais diferenças de custos totais e de custo unitário médio ponderado por exame para essa mesma quantidade de MCDT, quando os mesmos exames fossem realizados num laboratório privado convencionado com o SNS, para todo os anos considerados, de 2006 a 2009, o que se sintetizou na tabela seguinte (tabela 13):

Valência Laboratorial	ULS do Nordeste			Laboratório Privado (LAC Priv)		
	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado	Gastos Anuais Totais	N.º Total Exames Analíticos Ponderados	Custo Unitário Médio Ponderado
Ano 2006	2.992.923,16	661.650	4,52	2.912.743,27	661.650	4,40
Ano 2007	3.053.394,11	744.029	4,10	3.313.785,37	744.029	4,45
Ano 2008	2.554.974,05	564.558	4,53	3.184.269,99	564.558	5,64
Ano 2009	3.090.920,54	619.419	4,99	3.593.068,56	619.419	5,80
TOTAL:	11.692.211,86	2.589.655	4,51	13.003.867,19	2.589.655	5,02

Tabela 13 – ULS do Nordeste vs. LAC Privado (Priv)
 para os anos considerados de 2006 a 2009.
 (Fonte: Construção própria).

Embora nos tenha sido cedida a produção de MCDT por valência laboratorial, não foi possível efectuar os cálculos dessa forma, uma vez que os custos foram contabilizados na totalidade do serviço pela ULS do Nordeste, e não por valência.

Analisando os dados da tabela anterior, podemos inferir as seguintes conclusões:

1. Para o ano de 2006, o somatório de gastos anuais totais para a produção de MCDT efetuada (661.650 exames) é 2,8% superior quando essa produção é realizada em estabelecimento hospitalar (aproximadamente mais 0,08 M€ de encargos para o SNS);
2. Para o ano de 2007, o somatório de gastos anuais totais para a produção de MCDT efetuada (744.029 exames) é 8,5% superior quando essa produção é realizada em laboratório privado (aproximadamente mais 0,26 M€ de encargos para o SNS);
3. Para o ano de 2008, o somatório de gastos anuais totais para a produção de MCDT efetuada (564.558 exames) é 24,6% superior quando essa produção é realizada em laboratório privado (aproximadamente mais 0,63 M€ de encargos para o SNS);
4. Para o ano de 2009, o somatório de gastos anuais totais para a produção de MCDT efetuada (619.419 exames) é 16,2% superior quando essa produção é realizada em laboratório privado (aproximadamente mais 0,50 M€ de encargos para o SNS);
5. Finalmente, para a média dos quatro anos considerados, o somatório de gastos anuais totais para a produção de MCDT efetuada (2.589.655 exames) é 11,2% superior quando essa produção é realizada em laboratório privado (aproximadamente mais 1,31 M€ de encargos para o SNS).

O gráfico seguinte espelha todas estas conclusões (gráfico 19):

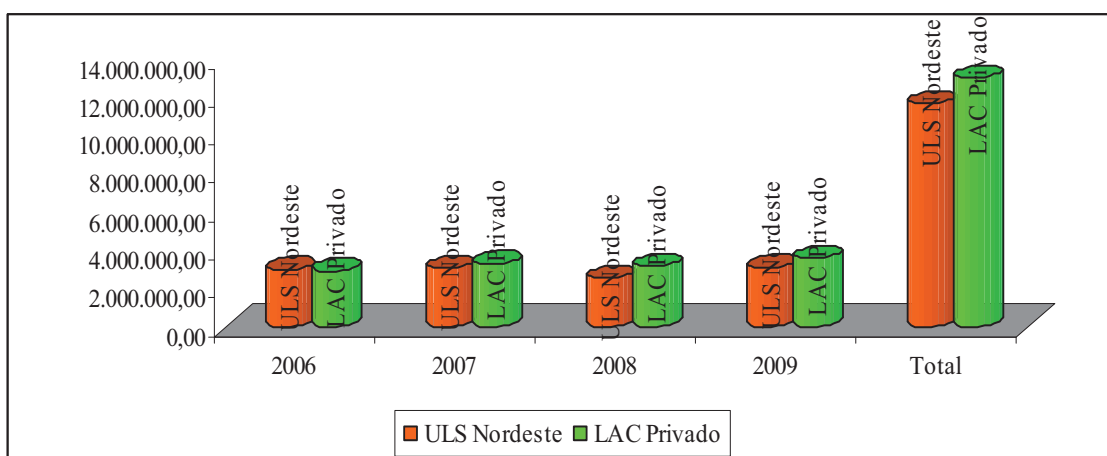


Gráfico 19 – ULS do Nordeste vs. LAC Privado – Total de custos para os anos considerados de 2006 a 2009.
(Fonte: Construção própria).

Relativamente ao custo unitário médio ponderado por exame analítico para cada uma das valências laboratoriais, para essa mesma quantidade de MCDT, o gráfico seguinte (gráfico 20) permite-nos inferir que esse custo é de 4,51 € (desvio padrão de 0,36 €) quando os exames são efetuados no laboratório da ULS do Nordeste. Quando os exames são realizados num qualquer laboratório privado, o seu custo unitário médio ponderado por exame analítico é de 5,02 € (desvio padrão de 0,75 €), isto é, cada exame considerado tem um acréscimo médio de preço de 0,51 € (cerca de 11,3% superior).

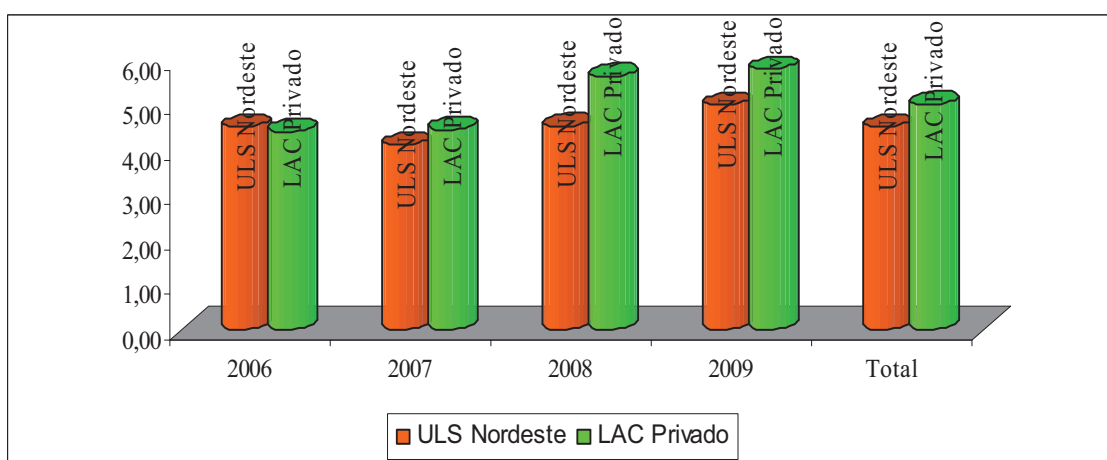


Gráfico 20 – ULS do Nordeste vs. LAC Privado – Custo unitário médio ponderado por exame analítico para todos os anos considerados.
(Fonte: Construção própria).

6.2.3. SETOR PÚBLICO *versus* SETOR PRIVADO “O TOP TEN”

Conforme referido anteriormente, achou-se pertinente elencar a diferença de encargos para o SNS para os 10 exames mais representativos da despesa do setor convencionado da área das análises clínicas para os anos de 2008, 2009 e 2010, de acordo com os dados disponíveis na ACSS e comparar esses dados com os respetivos custos, se o mesmos exames fossem efetuados em hospitais/centros hospitalares públicos.

Assim, construiu-se a tabela (tabela 14) de custos da página seguinte para o ano de 2008, por ordem decrescente de encargos:

Total de Encargos Globais para o SNS – Ano 2008						
Nomenclatura Comum	Entidades Convencionadas (Privadas)			Entidades Públicas		
	Encargo Global	Preço unitário	N.º Total Exames	Encargo Global	Preço unitário	N.º Total Exames
Anticorpos para HIV	6.380.336,00	36,88	173.003	3.217.848,42	18,60	173.003
Hem.Glicosilada A1c	5.538.725,00	13,17	420.556	3.532.671,98	8,40	420.556
Hemograma	4.975.584,00	3,07	1.620.711	5.996.632,18	3,70	1.620.711
PSA Livre	4.966.959,00	21,95	226.285	1.968.680,79	8,70	226.285
PSA Total	4.601.563,00	21,95	209.638	1.614.215,72	7,70	209.638
TSH	4.140.427,00	10,98	377.088	1.810.022,73	4,80	377.088
Gama GT	4.072.836,00	3,51	1.160.352	1.624.492,99	1,40	1.160.352
Triglicérideos	3.910.951,00	2,63	1.487.054	2.527.991,14	1,70	1.487.054
Antic. p/agentes infec.	3.718.765,00	18,44	201.668	3.710.698,26	18,40	201.668
Antic. IgE esp. RAST	3.482.510,00	23,71	146.879	2.643.828,76	18,00	146.879
TOTAIS:	45.788.656,00		6.023.235	28.647.082,98		6.023.235

Tabela 14 – Custo total dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2008.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Da análise da tabela anterior, podemos afirmar que este conjunto das 10 análises mais representativas da despesa do setor convencionado custaram a mais ao SNS um valor de aproximadamente mais 17,1 M€ (cerca de 59,8% a mais), do que se esses mesmos exames tivessem sido efetuados pelos utentes em serviços hospitalares (hospital de dia, por exemplo) e, posteriormente, esses estabelecimentos hospitalares as debitassem ao SNS. O gráfico seguinte (gráfico 21) mostra-nos isso mesmo:

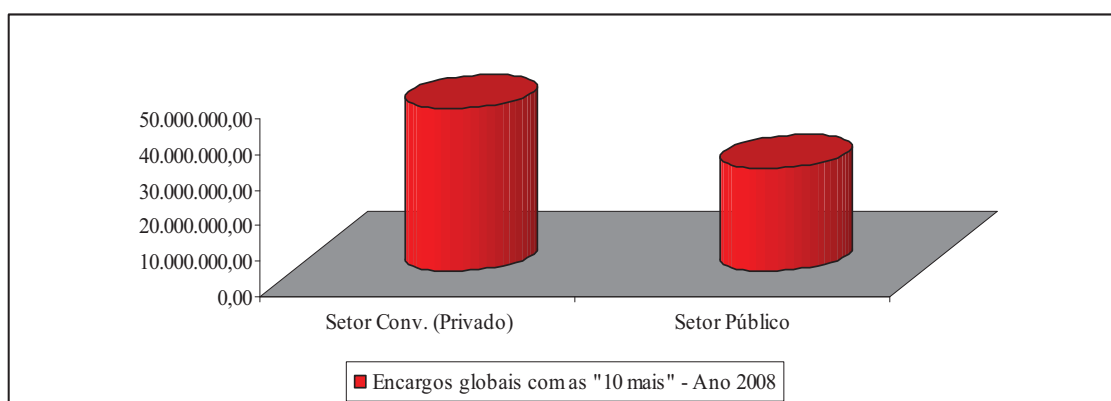


Gráfico 21 – Custo total das “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2008.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Em relação ao custo unitário médio por exame analítico, os valores estão espelhados na tabela da página seguinte (tabela 15):

Tipo de Entidade	Custo Unitário Médio (Ano 2008)
Entidades Conv. (Privadas)	7,60
Entidades Públicas	4,76

Tabela 15 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2008.
 (Fonte: ACSS e construção própria).

Conforme podemos constatar o custo unitário médio por exame analítico é de 7,60 € para as entidades convencionadas (privadas) e de 4,76 € para as entidades públicas, o que denota uma diferença de custo de 2,85 € a mais (cerca de 59,8% a mais), para os exames efetuados pelas entidades convencionadas, de acordo com o gráfico seguinte (gráfico 22):

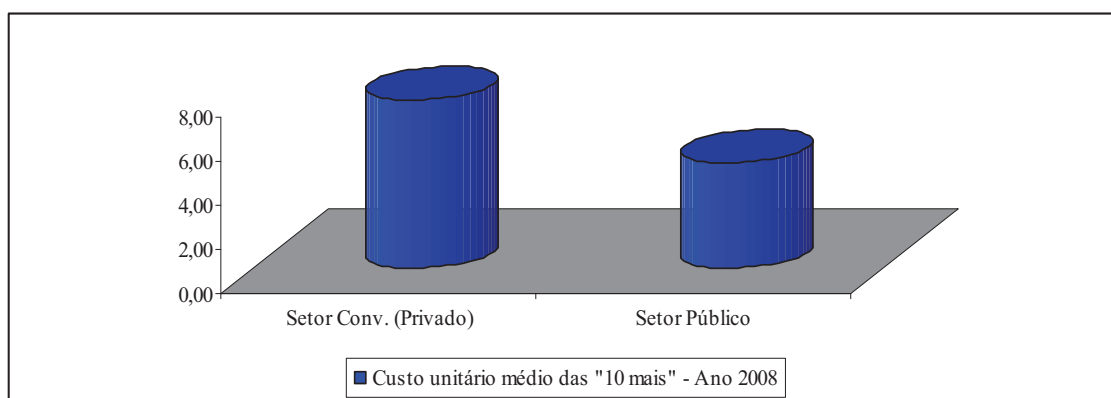


Gráfico 22 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2008.
 (Fonte: ACSS e construção própria).

Para o ano de 2009, os resultados obtidos foram os constantes da tabela da página seguinte (tabela 16), por ordem decrescente de encargos.

Conforme pudemos constatar pela análise da mesma, este conjunto das 10 análises mais representativas da despesa do setor convencionado custaram a mais ao SNS um valor de cerca de 31,3 M€ (aproximadamente mais 59,2%), do que se esses mesmos exames tivessem sido efetuados pelos utentes em serviços hospitalares (hospital de dia, por exemplo) e, posteriormente, esses estabelecimentos hospitalares as deitassem ao SNS.

Total de Encargos Globais para o SNS – Ano 2009						
Nomenclatura Comum	Entidades Convencionadas (Privadas)			Entidades Públicas		
	Encargo Global	Preço unitário	N.º Total Exames	Encargo Global	Preço unitário	N.º Total Exames
PSA Total	16.871.835,00	21,95	768.649	5.918.593,60	7,70	768.649
Hem.Glicosilada A1c	12.602.676,00	13,17	956.923	8.038.153,26	8,40	956.923
Anticorpos para HIV	10.071.078,00	18,44	546.154	10.158.462,62	18,60	546.154
TSH	9.779.754,00	10,98	890.688	4.275.302,30	4,80	890.688
Gama GT	8.491.630,00	3,34	2.542.404	3.559.365,87	1,40	2.542.404
Triglicerídeos	7.531.124,00	2,63	2.863.545	4.868.026,92	1,70	2.863.545
Antic. IgE esp. RAST	5.958.016,00	23,71	251.287	4.523.166,93	18,00	251.287
T4 Livre	5.447.938,00	7,51	725.425	4.207.462,10	5,80	725.425
Ionograma	4.953.407,00	3,75	1.320.909	2.113.453,65	1,60	1.320.909
Hemograma	2.504.099,00	3,07	815.667	5.220.271,53	6,40	815.667
TOTAIS:	84.211.557,00		11.681.650	52.882.258,79		11.681.650

Tabela 16 – Custo total dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2009.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Também o gráfico seguinte (gráfico 23) nos aponta para o facto enunciado no parágrafo anterior:

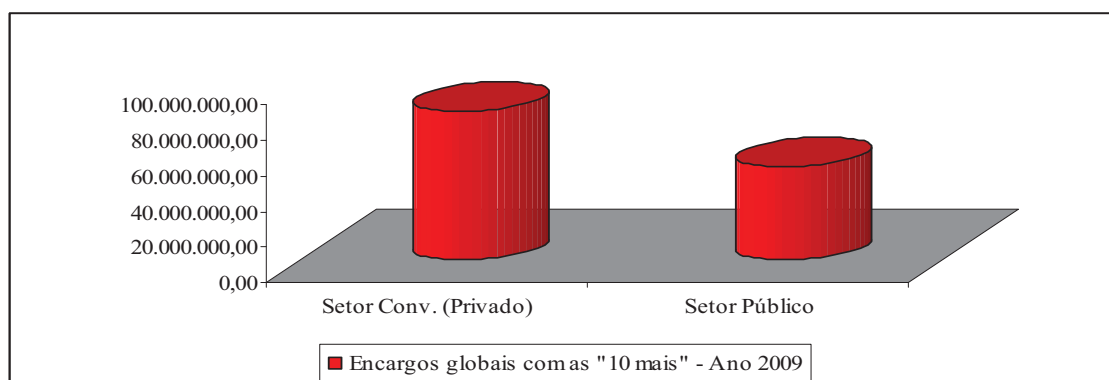


Gráfico 23 – Custo total das “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2009.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Para as diferenças encontradas no custo unitário médio por exame analítico, observemos a tabela seguinte (tabela 17):

Tipo de Entidade	Custo Unitário Médio (Ano 2009)
Entidades Conv. (Privadas)	7,21
Entidades Públicas	4,53

Tabela 17 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2009.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Conforme pudemos constatar pela análise da tabela da página anterior, o custo unitário médio por exame analítico é de 7,21 € para as entidades convencionadas (privadas) e de 4,53 € para as entidades públicas, o que denota uma diferença de custo de 2,68 € a mais (cerca de 59,2% a mais), para os exames efetuados pelas entidades convencionadas.

O gráfico seguinte (gráfico 24) também nos ajuda a conhecer este facto:

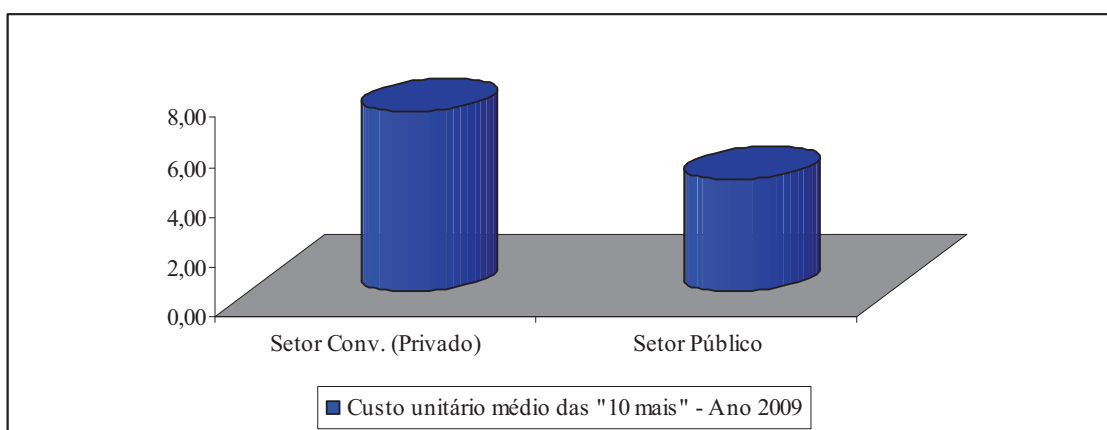


Gráfico 24 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2009.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Também para o ano de 2010, os resultados obtidos foram os constantes da tabela seguinte (tabela 18), por ordem decrescente de encargos:

Total de Encargos Globais para o SNS – Ano 2010						
Nomenclatura Comum	Entidades Convencionadas (Privadas)			Entidades Públicas		
	Encargo Global	Preço unitário	N.º Total Exames	Encargo Global	Preço unitário	N.º Total Exames
Hemograma	19.580.105,00	5,71	3.429.090	21.946.177,23	6,40	3.429.090
PSA Total	17.343.184,00	19,81	875.476	6.741.166,93	7,70	875.476
Hem.Glicosilada A1c	13.680.554,00	12,51	1.093.569	9.185.983,50	8,40	1.093.569
TSH	10.012.126,00	10,43	959.935	4.607.689,82	4,80	959.935
Gama GT	8.191.019,00	3,17	2.583.918	3.617.484,73	1,40	2.583.918
Triglicerídeos	7.763.823,00	2,50	3.105.529	5.279.399,64	1,70	3.105.529
Antic. IgE esp. RAST	5.695.107,00	22,52	252.891	4.552.039,34	18,00	252.891
Anticorpos para HIV	5.642.601,00	18,44	305.998	5.691.560,66	18,60	305.998
T4 Livre	5.579.573,00	7,13	782.549	4.538.783,09	5,80	782.549
Ionograma	4.845.515,00	3,56	1.361.100	2.177.759,55	1,60	1.361.100
TOTAIS:	98.333.607,00		14.750.056	68.338.044,49		14.750.056

Tabela 18 – Custo total dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2010.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Da análise da tabela da página anterior podemos concluir que, este conjunto das 10 análises mais representativas da despesa do setor convencionado tiveram um encargo adicional para o SNS de cerca de 30 M€ (aproximadamente mais 43,9%), do que se esses mesmos exames tivessem sido efetuados pelos utentes em serviços hospitalares (hospital de dia, por exemplo) e, posteriormente, esses estabelecimentos hospitalares as deitassem ao SNS.

Observemos também o gráfico seguinte (gráfico 25) sobre esse mesmo assunto:

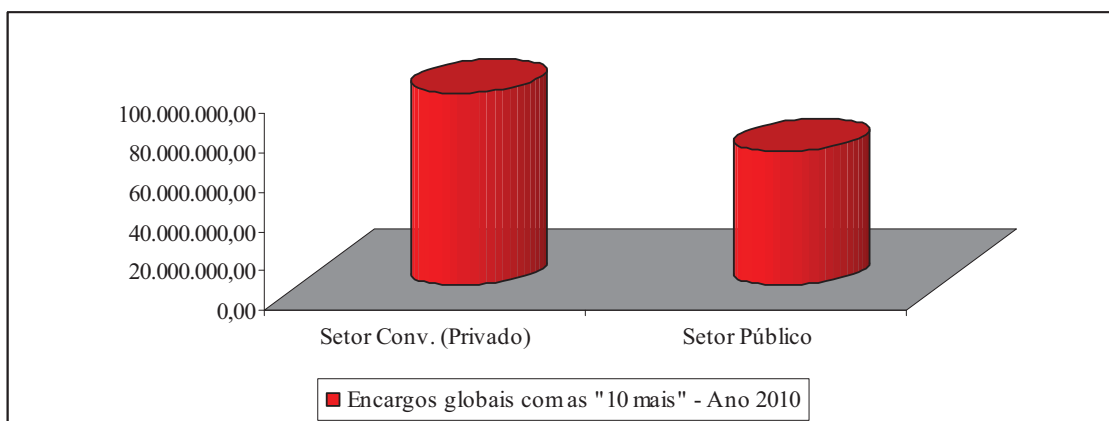


Gráfico 25 – Custo total das “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos, para o ano de 2010.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Para as diferenças encontradas no custo unitário médio por exame analítico, observemos a tabela seguinte (tabela 19):

Tipo de Entidade	Custo Unitário Médio (Ano 2010)
Entidades Conv. (Privadas)	6,67
Entidades Públicas	4,63

Tabela 19 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2010.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Conforme pudemos constatar pela análise da tabela anterior, o custo unitário médio por exame analítico é de 6,67 € para as entidades convencionadas com acordo com o SNS (privadas) e de 4,63 € para as entidades públicas, o que denota uma diferença de custo de 2,04 € a mais (cerca de 43,9% a mais), para os exames efetuados pelas entidades convencionadas.

O gráfico da página seguinte (gráfico 26) também é bastante esclarecedor:

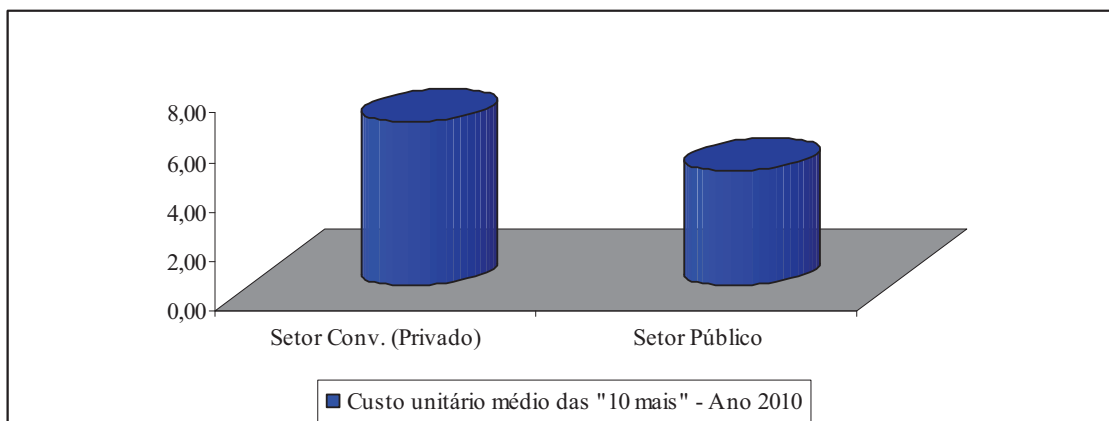


Gráfico 26 – Custo unitário médio dos “10 mais” do setor convencionado vs. custo desses mesmos exames em serviços públicos para o ano de 2010.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Para finalizar, gostaríamos de acrescentar que esta seleção dos “10 mais” (“*top ten*”) representa, aproximadamente, 21,1% do total dos encargos da respectiva área em 2008, 37,3% da despesa em 2009 e 45,1% da despesa em 2010, conforme demonstra a tabela seguinte (tabela 20):

Ano	Encargos globais c/ Análises Clínicas Setor Convencionado	Total de Encargos com os “10 mais”	% dos Encargos globais
2008	217.209.336,00	45.788.656,00	21,1
2009	225.638.096,00	84.211.557,00	37,3
2010	217.926.668,00	98.333.607,00	45,1

Tabela 20 – Encargos globais c/análises clínicas do setor convencionado vs. total de encargos com os “10 mais”, para os anos de 2008 a 2010.
(Fonte: ACSS e construção própria).

6.2.4. SETOR PÚBLICO *versus* SETOR PRIVADO *versus* ADSE

De acordo com um dos nossos objetivos específicos, construiu-se um modelo de alguns perfis analíticos básicos para diversas patologias comuns na rotina diária das unidades de saúde, para o mesmo doente e em três situações distintas (que abreviadamente designamos por SNS, ADSE, convenção), conforme tivemos oportunidade de referir anteriormente neste trabalho.

Assim, apresenta-se nas páginas seguintes um conjunto de três tabelas (tabelas 21, 22 e 23) com o resumo dos preços desses perfis analíticos, para cada uma das três situações referidas.

Perfil Analítico	Preço do SNS – Entidades Públicas					
	Ano 2007	Ano 2008	Ano 2009	Ano 2010	Ano 2011	ago.12
Geral – Básico	38,80	38,80	41,05	41,05	41,05	41,05
Hematológico	59,90	59,90	62,15	62,15	62,15	62,15
C. Hipocoagulação	4,50	4,50	4,70	4,70	4,70	4,70
Diagnóstico Gravidez	10,20	10,20	10,60	10,60	10,60	10,60
Gestacional Inicial	134,85	134,85	152,85	152,85	152,85	152,85
Gestacional – 2.º Trim.	75,00	75,00	92,60	92,60	92,60	92,60
Gestacional – 3.º Trim.	83,90	83,90	101,90	101,90	101,90	101,90
Hepático – Hep. B	101,10	101,10	101,80	101,80	101,80	101,80
C. Vacinação Hep. B	15,50	15,50	15,60	15,60	15,60	15,60
Hepático – Hep. C	35,70	35,70	35,90	35,90	35,90	35,90
HIV – Diagnóstico	18,60	18,60	18,70	18,70	18,70	18,70
Hipert. Arterial – HTA	89,30	89,30	107,90	107,90	107,90	107,90
Artrite Reumatóide	107,50	107,50	105,15	105,15	105,15	105,15
Função Tireóideia	50,60	50,60	51,80	51,80	51,80	51,80
Diabetes	19,70	19,70	19,30	19,30	19,30	19,30
Lipídico	23,00	23,00	23,80	23,80	23,80	23,80
Infertilidade Feminina	52,30	52,30	53,70	53,70	53,70	53,70
Infertilidade Masculina	42,60	42,60	43,80	43,80	43,80	43,80
Marcadores Tumoriais	118,70	118,70	121,40	121,40	121,40	121,40
Rast. Cancro Colorectal	4,30	4,30	3,90	3,90	3,90	3,90
Alérgico	69,40	69,40	71,60	71,60	71,60	71,60
Totais:	1.155,45	1.155,45	1.240,20	1.240,20	1.240,20	1.240,20

Tabela 21 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas do SNS para as entidades públicas de 2007 a ago.12.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Após análise da tabela anterior, podemos concluir que o total de encargos para o SNS deste conjunto de perfis analíticos, em termos das tabelas do SNS para as entidades públicas, teve um aumento de cerca de 7,3%, isto é, mais 84,75 €, no decorrer do universo temporal da análise, isto é, de janeiro de 2007 a agosto de 2012.

O gráfico seguinte (gráfico 27) elucida-nos também sobre este facto.

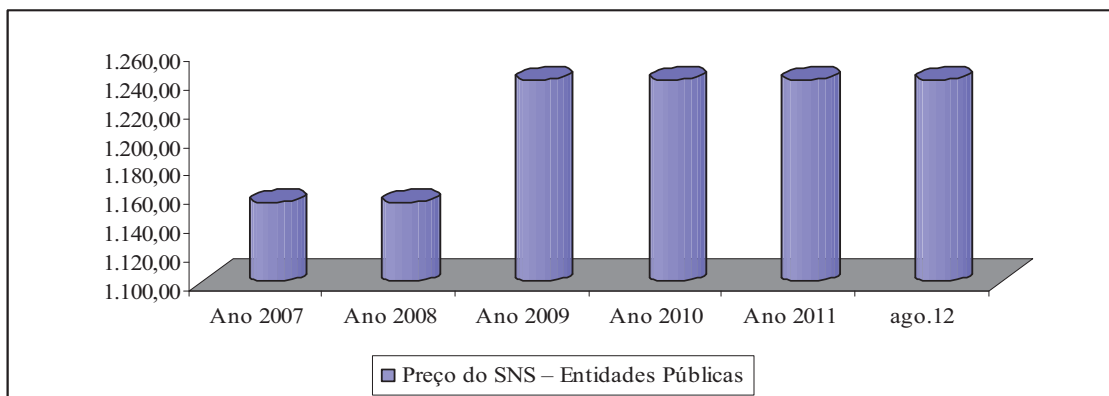


Gráfico 27 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas do SNS para as entidades públicas de 2007 a ago.12.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Relativamente à ADSE temos:

Perfil Analítico	Preço da ADSE – Entidades públicas e entidades privadas convencionadas					
	2007, 2008 e 2009	2010	jan.11	nov.11	jan.12	ago.12
Geral – Básico	41,34	41,34	41,34	33,71	33,71	30,85
Hematológico	89,88	89,88	89,88	81,12	81,12	42,17
C. Hipocoag.	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50	2,59
Diag. Gravidez	26,98	26,98	26,98	22,18	22,18	8,26
Gest. Inicial	119,46	119,46	119,46	111,99	111,99	95,59
Gest. – 2.º T	75,43	75,43	75,43	73,37	73,37	59,35
Gest. – 3.º T	78,43	78,43	78,43	76,37	76,37	64,46
Hepatite B	102,93	102,93	102,93	84,12	84,12	58,17
C. Vac. Hep. B	14,71	14,71	14,71	12,06	12,06	8,72
Hepatite C	37,12	37,12	37,12	30,28	30,28	14,25
HIV – Diag.	28,84	28,84	28,84	23,66	23,66	10,95
H.Arterial-HTA	102,80	102,80	102,80	89,19	89,19	79,89
Art.Reumatóide	139,66	139,66	139,66	115,68	115,68	73,27
F. Tireóideia	108,99	108,99	108,99	77,66	77,66	37,71
Diabetes	29,83	29,83	29,83	15,44	15,44	15,20
Lipídico	24,60	24,60	24,60	20,36	20,36	15,82
Inf. Feminina	124,10	124,10	124,10	101,65	101,65	47,18
Inf. Masculina	109,44	109,44	109,44	90,21	90,21	37,90
Marc. Tumor.	267,39	267,39	267,39	193,27	193,27	84,10
Canc.Colorectal	1,05	1,05	1,05	2,40	2,40	2,40
Alérgico	100,90	100,90	100,90	83,74	83,74	39,82
Totais:	1.625,38	1.625,38	1.625,38	1.339,96	1.339,96	828,65

Tabela 22 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas da ADSE para as entidades públicas e entidades privadas convencionadas de 2007 a ago.12. (Fonte: ACSS e construção própria).

Pela análise da tabela anterior, podemos inferir que o total de encargos para a ADSE deste conjunto de perfis analíticos, em termos das respetivas tabelas para as entidades públicas e entidades privadas convencionadas, teve uma diminuição de 796,73 €, isto é, uma descida não despreciable de cerca de 49,0%, no decorrer do universo temporal da análise, isto é, de janeiro de 2007 a agosto de 2012.

Relativamente às tabelas de preços da ADSE é muito importante referir a questão das taxas moderadoras pagas pelo utente que, no fundo, funcionam como um co-pagamento. Assim do preço total de cada exame analítico, o utente paga uma determinada percentagem (em média, entre 20 a 25% do custo total do exame) e a ADSE suporta a restante percentagem do preço. A título de exemplo, para o exame analítico hemograma, o preço total atual (agosto de 2012) é de 5,00 €, o utente comparticipa com 1,00 € (20%) e a ADSE comparticipa com os restantes 80%, isto é,

4,00 €. Este procedimento da ADSE em termos de taxas moderadoras é comum a todas as outras áreas convencionadas.

Outra nota importante a reter é a isenção a essas taxas moderadoras que é muito residual, já que se resume aos doentes hemodializados, hemofílicos e com paramiloidose, ao contrário do SNS em que a isenção de taxas moderadoras abrange cerca de 60% a 70 dos indivíduos.

Esta questão do co-pagamento dos utentes influenciou, na nossa opinião, a redução global de custos suportados pela ADSE para os exames analíticos, situação que também podemos observar no gráfico seguinte (gráfico 28).

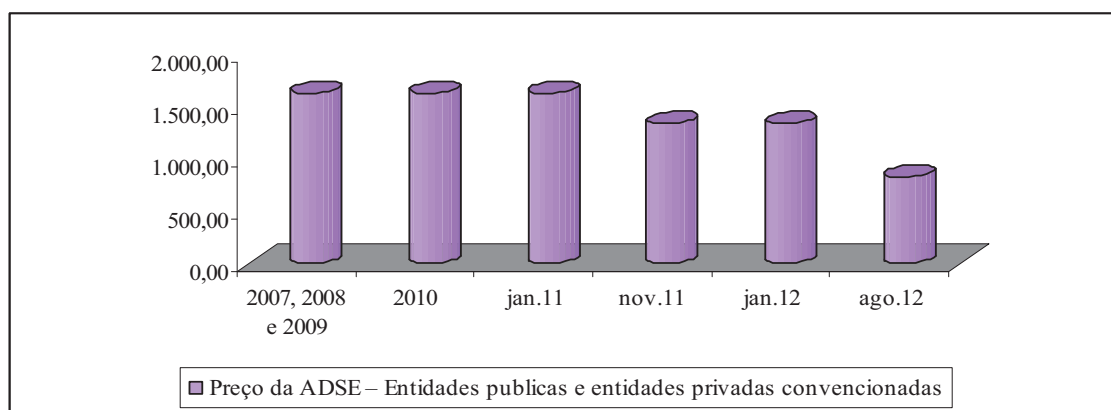


Gráfico 28 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas da ADSE para as entidades publicas e entidades privadas convencionadas de 2007 a ago.12. (Fonte: ACSS e construção própria).

No que concerne à tabela de preços do SNS para as entidades privadas convencionadas, e através da análise da tabela da página seguinte (tabela ...), podemos concluir que o total de encargos para o SNS deste conjunto de perfis analíticos, sofreu uma redução de 503,98 €, passando de 1.536,50 em 1 de janeiro de 2007 para 1.032,52 € em 1 de agosto de 2012 (redução de aproximadamente 33,0%).

Uma das razões para esta redução de preços já foi explicada anteriormente. Outra razão, sempre pertinente, na nossa opinião, é a constante necessidade de controlo da despesa pública, uma necessidade premente nos últimos anos.

Também o gráfico da página seguinte (gráfico 29) nos permite observar a redução dos preços dos exames analíticos constantes desta tabela de preços do SNS para as entidades privadas convencionadas.

Perfil Analítico	Preço do SNS – Entidades privadas convencionadas							
	2007, 2008 e 2009	2010	jan.11 e jun.11	set.11	out.11	nov.11	jan.12	ago.12
Geral-Básico	36,96	38,97	38,39	35,26	39,25	39,25	39,25	39,25
Hematológico	81,00	80,62	77,34	74,21	53,07	53,07	53,07	53,07
C. Hipocoag.	1,76	1,80	1,80	1,80	3,29	3,29	3,29	3,29
Diag.Gravidez	24,15	23,05	22,01	22,01	10,60	10,60	10,60	10,46
Gest. Inicial	134,86	113,57	113,62	110,49	119,92	119,92	119,92	120,39
Gest. – 2.º T	88,33	67,29	67,34	64,21	73,99	73,99	73,99	74,65
Gest. – 3.º T	91,84	71,47	71,52	68,39	80,50	80,50	80,50	81,16
Hepatite B	92,19	90,12	90,13	90,13	73,07	73,07	73,07	73,07
C.Vac. Hep.B	13,17	13,16	13,16	13,16	10,92	10,92	10,92	10,92
Hepatite C	36,88	36,88	36,88	36,88	36,88	17,95	17,95	17,95
HIV – Diag.	36,88	18,44	18,44	18,44	13,09	13,09	13,09	13,75
H.Art.-HTA	90,74	91,08	89,31	89,31	101,51	101,51	101,51	100,59
Art. Reumat.	121,16	120,06	116,15	113,02	88,44	88,44	88,44	86,64
F. Tireóideia	97,46	92,59	87,95	87,95	47,41	47,41	47,41	47,41
Diabetes	27,66	25,59	24,49	24,49	19,30	19,30	19,30	19,30
Lipídico	22,39	21,29	20,56	20,56	16,51	16,51	16,51	15,22
Inf. Feminina	107,56	106,05	100,73	100,73	59,18	59,18	59,18	59,18
Inf.Masculina	100,97	91,46	86,89	86,89	47,60	47,60	47,60	47,60
Marc. Tumor.	239,26	222,46	209,27	209,27	127,52	127,52	127,52	105,50
Cancro.Color.	0,88	1,10	1,10	1,10	3,00	3,00	3,00	3,00
Alérgico	90,43	85,91	82,09	82,09	50,12	50,12	50,12	50,12
Totais:	1.536,50	1.412,95	1.369,13	1.350,36	1.075,17	1.056,24	1.056,24	1.032,52

Tabela 23 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas do SNS para as entidades privadas convencionadas de 2007 a ago.12.
(Fonte: ACSS e construção própria).

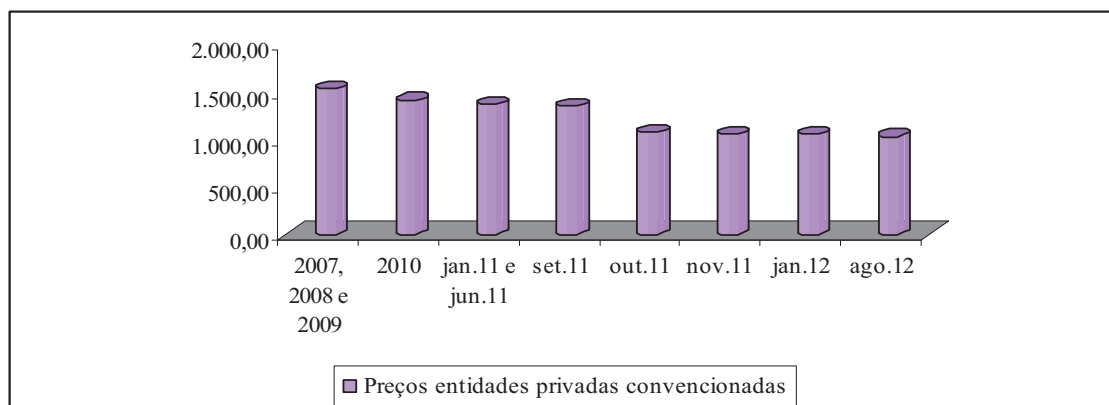


Gráfico 29 – Total de encargos globais para os perfis analíticos construídos. Evolução dos preços das tabelas do SNS para as entidades privadas convencionadas de 2007 a ago.12.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Para podermos identificar os perfis analíticos onde existe maior discrepância inicial de preços entre as várias tabelas (2007), observemos a tabela da página seguinte (tabela 24):

Perfil Analítico	2007			agosto de 2011		
	Tabela SNS Ent. Públicas	Tabela ADSE	Tabela SNS Ent. Conv.	Tabela SNS Ent. Públicas	Tabela ADSE	Tabela SNS Ent. Conv.
C. Hipocoag.	4,50	1,50	1,76	4,70	2,59	3,29
Diag.Gravidez	10,20	26,98	24,15	10,60	8,26	10,46
F. Tireóideia	50,60	108,99	97,46	51,80	37,71	47,41
Inf. Feminina	52,30	124,10	107,56	53,70	47,18	59,18
Inf.Masculina	42,60	109,44	100,97	43,80	37,90	47,60
Marc. Tumor.	118,70	267,39	239,26	121,40	84,10	105,50
Cancro.Color.	4,30	1,05	0,88	3,90	2,40	3,00
Totais:	283,20	639,45	572,02	289,90	220,14	276,44

Tabela 24 – Perfis analíticos onde existe uma maior variabilidade inicial de preços entre as várias tabelas. Comparação em 2007 e ago.12.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Para o ano de 2007, o perfil analítico onde esta diferença é mais evidente é, sem sombra de dúvida, o conjunto dos marcadores tumorais considerados, cuja diferença de preço entre a tabela de preços do SNS para as entidades públicas e a tabela do SNS para as entidades convencionadas é de 120,56 €, com as entidades convencionadas a receberem cerca de 101,5% a mais pelos exames.

Esta diferença também é muito evidente na tabela de preços da ADSE, com as entidades públicas e privadas a debitar ao SNS um custo total de 267,39 €. No caso das entidades públicas a diferença entre debitar os exames ao SNS ou à ADSE é de mais de 148,69 € (aproximadamente mais 125,3% a mais de receita para o estabelecimento público).

De qualquer forma, é preciso ressaltar que praticamente desde 2010, que os hospitais não debitam quaisquer exames ao SNS nem a qualquer subsistema de saúde existente. A ideia passa, cada vez mais, pelo modelo de financiamento por GDH, onde a unidade de pagamento é o doente saído que é classificado num grupo, de entre cerca de 500 disponíveis. De uma forma genérica, diríamos que estes GDH são constituídos não só por elementos clínicos, como sejam os diagnósticos, as intervenções cirúrgicas e outros actos médicos a que o doente tenha sido submetido durante o episódio de internamento, mas também por características do próprio doente, como sejam a idade e o sexo e, ainda, pelo destino após a alta do hospital, por exemplo. Em suma, a composição de GDH de cada hospital exprime-se, genericamente, através do seu índice de Case Mix.

Também no gráfico seguinte (gráfico 30) estas diferenças estão bem evidentes:

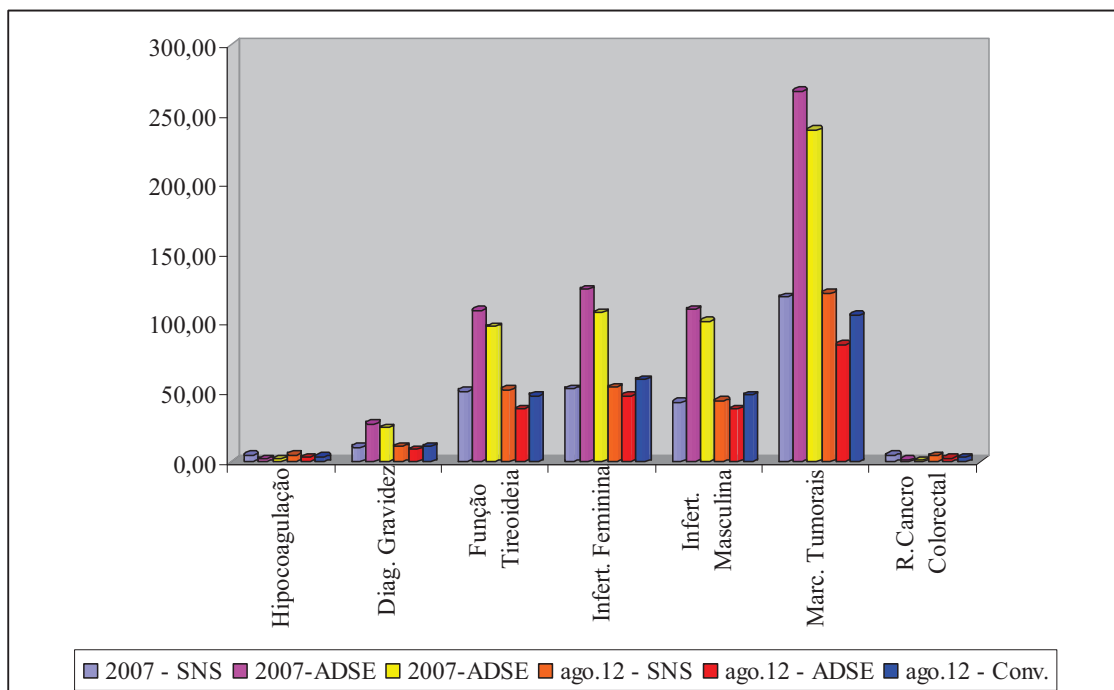


Gráfico 30 – Perfis analíticos onde existe uma maior variabilidade inicial de preços entre as várias tabelas. Comparação em 2007 e ago.12.
(Fonte: ACSS e construção própria).

Relativamente aos perfis analíticos onde existe uma maior equivalência inicial de preços, destacam-se aqueles que estão presente na tabela seguinte (tabela 25):

Perfil Analítico	2007			agosto de 2011		
	Tabela SNS Ent. Públicas	Tabela ADSE	Tabela SNS Ent. Conv.	Tabela SNS Ent. Públicas	Tabela ADSE	Tabela SNS Ent. Conv.
Geral-Básico	38,80	41,34	36,96	41,05	30,85	39,25
Gest. – 2.º T	75,00	75,43	88,33	92,60	59,35	74,65
Gest. – 3.º T	83,90	78,43	91,84	101,90	64,46	81,16
Hepatite B	101,10	102,93	92,19	101,80	58,17	73,07
H.Art.-HTA	89,30	102,80	90,74	107,90	79,89	100,59
Lipídico	23,00	24,60	22,39	23,80	15,82	15,22
Totais:	411,10	425,53	422,45	469,05	308,54	383,94

Tabela 25 – Perfis analíticos onde existe uma maior equivalência inicial de preços entre as várias tabelas. Comparação em 2007 e ago.12.
(Fonte: ACSS e construção própria).

No conjunto destes seis perfis analíticos e numa análise à tabela de preços de 2007, diríamos que as mesmas são muito homogéneas no que concerne a encargos para o SNS. Esse facto também está patente no gráfico da página seguinte (gráfico 31):

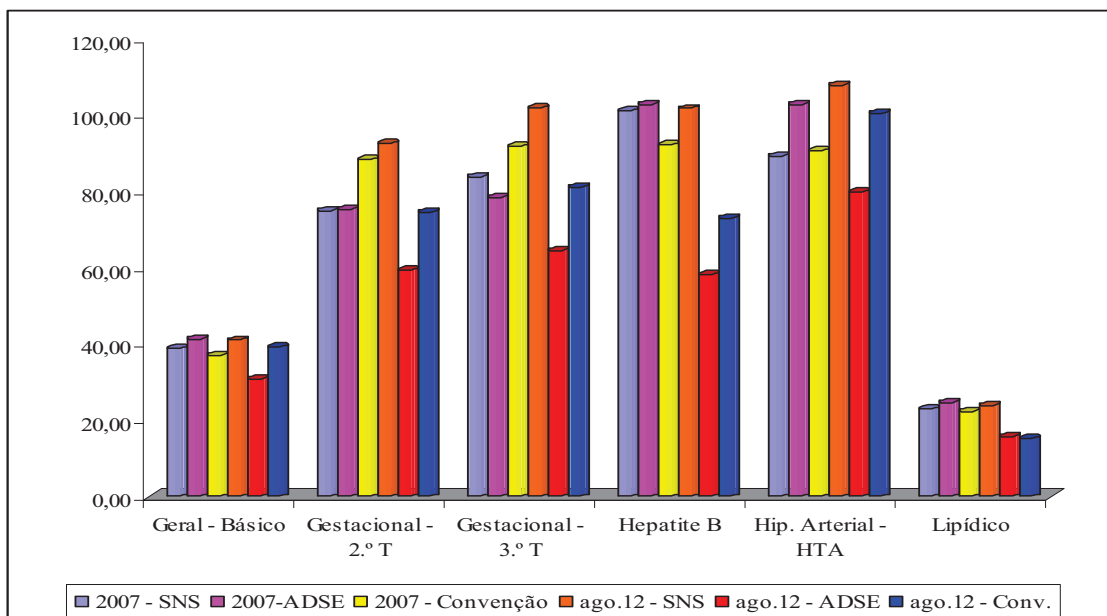


Gráfico 31 – Perfis analíticos onde existe uma maior equivalência inicial de preços entre as várias tabelas. Comparação em 2007 e ago.12. (Fonte: ACSS e construção própria).

Para terminar podemos visualizar no gráfico seguinte (gráfico 32) a evolução temporal dos preços das três tabelas estudadas, para o período entre Janeiro de 2007 e a atualidade, onde é bem visível a descida sustentada de preços.

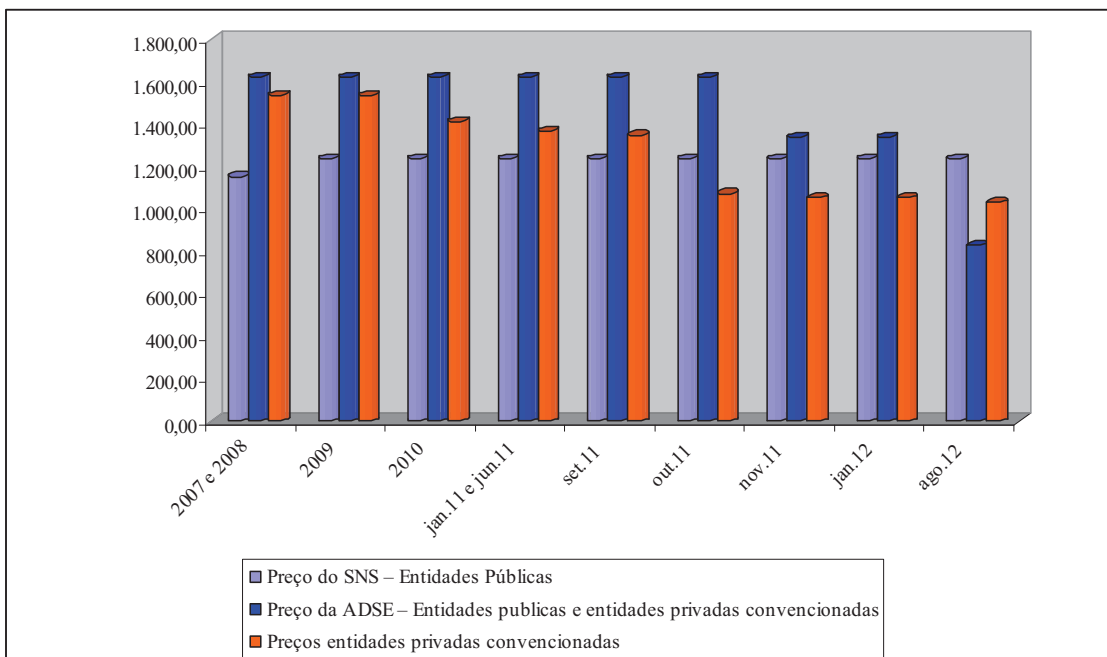


Gráfico 32 – Evolução temporal de preços para todas as tabelas consideradas (entre 2007 e ago.12). (Fonte: ACSS e construção própria).

CAPÍTULO 7. CONCLUSÕES E DESAFIOS FUTUROS

Relativamente à análise do CHUC e do CHSJ, seria interessante indagar o porquê desta discrepância tão acentuada entre dois hospitais muito semelhantes. Seria pertinente, na nossa opinião, analisar e compreender a razão para um custo unitário médio ponderado por exame tão baixo. Aliás, do total dos 12 hospitais/centros hospitalares inicialmente selecionados, o CHUC é mesmo o que apresenta o melhor indicador nesse item, de todos eles.

No que concerne à análise do CHC e da ULS do Nordeste, seria interessantíssimo inferir acerca das diferenças do custo unitário médio ponderado por exame, já que se tratam de duas realidades muito semelhantes, salvo melhor opinião, principalmente pela realidade das suas instalações, divididas em três espaços não contíguos:

CHC – hospital dos Covões, hospital pediátrico e a maternidade Bissaya Barreto, todos nas imediações da cidade de Coimbra;

ULS do Nordeste – unidades de Bragança, Mirandela (dista cerca de 60 Km de Bragança e cerca de 25 Km de Macedo de Cavaleiros) e Macedo de Cavaleiros (dista cerca de 35 Km de Bragança), embora todas as cidades sejam servidas pela autoestrada A4.

Para além deste facto, mais penalizador para Bragança do que para Coimbra, na nossa opinião, Bragança sofre ainda os chamados custos da interioridade, nomeadamente no que concerne à colocação de pessoal qualificado na área da patologia clínica, principalmente médicos especialistas.

Alguns autores (Azevedo, 2011) afirmam que, em consequência da criação de centros hospitalares, isto é, uma consolidação e consequente reengenharia dos processos produtivos, são de referir consequências positivas ao nível da obtenção de economias de escala, na fusão de hospitais de reduzida dimensão.

Desta forma, seria muito pertinente, na nossa opinião, a realização de um estudo aprofundado sobre esta diferença.

Relativamente a todas as análises efetuadas sobre o custo unitário médio ponderado por exame no setor privado, várias conclusões de podem retirar:

1. Na valência de química clínica os gastos para o SNS com a realização dos exames analíticos são, em média, consideravelmente superiores aos obtidos no setor público, para a mesma bateria de análises;
2. Na valência de hematologia os gastos para o SNS com a realização dos exames analíticos são, em média, substancialmente inferiores aos obtidos no setor público, para a mesma bateria de análises;
3. Na valência de imunologia os gastos para o SNS com a realização dos exames analíticos são, em média, sensivelmente superiores aos obtidos no setor público, para a mesma bateria de análises;
4. Na valência de microbiologia os gastos para o SNS com a realização dos exames analíticos são, em média, substancialmente inferiores aos obtidos no setor público, para a mesma bateria de análises.

Para terminar, gostaríamos de ressaltar o facto de não podermos generalizar conclusões sobre em que setor o custo unitário médio ponderado por exame dos MCDT é mais barato, do ponto de vista de gastos para o erário público, podendo esse fato ser apontado como uma limitação deste trabalho, que, na nossa opinião, poderá ser ultrapassada com o aumento da amostra a um maior número de hospitais e alargando também o número de observações para pelo menos dez anos, entre outras hipóteses.

A grande variabilidade de total de custos e de produção de MCDT obtida entre a Base de Dados de Elementos Analíticos da ACSS (base oficial) e os respetivos departamentos financeiros dos hospitais/centros hospitalares é uma variável que condiciona este tipo de trabalhos de forma inequívoca. De facto, esta condição é *sine qua non* e depende, por exemplo, do tipo de *software* de base de dados que os estabelecimentos hospitalares utilizam.

Na nossa opinião, esta questão poderá ser colmatada com uma revisão exaustiva e sistemática dos dados, a nível dos respetivos hospitais/centros hospitalares e dos seus serviços de patologia clínica; assim essas mesmas entidades o permitam.

Outra possibilidade, será encontrar um custo padrão de acordo com os preços de

aquisição de cada hospital e com um padrão de utilização dos equipamentos, por exemplo.

Finalmente, penso que também não é despendendo o facto de que os prestadores privados têm que ter em linha de conta custos de capital enquanto esses custos são ignorados no setor público. Também no que concerne às instalações há variáveis que podem levantar diferenças substanciais. Desde logo porque, a nível privado há necessidade de criar filiais do laboratório (postos de colheita) no sentido de angariar clientes, enquanto que no setor público hospitalar não existe esta variável, logo há que contabilizar todos estes gastos em instalações, por exemplo.

Em suma, há um conjunto de variáveis a estudar e monitorizar sobre esta dicotomia público vs. privado na área da patologia clínica e nos MCDT em geral.

Pessoalmente, pretendo continuar a debruçar-me sobre todas estas matérias, provavelmente até como hipóteses para uma Tese de Doutoramento. Se for essa a minha decisão, naturalmente que a FEP estará no topo das minhas preferências para levar a cabo esse desiderato.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), <http://www.acss.min-saude.pt>, acessido em 31 de Maio de 2012, 31 de Julho de 2012, 15 de Agosto de 2012, 31 de Agosto de 2012 e 15 de Setembro de 2012.

Administração Central do Sistema de Saúde, *Base de Dados dos Elementos Analíticos do Ministério da Saúde*, disponíveis em <http://www.acss.min-saude.pt/bdea>, acessida em 15 de Outubro de 2011, 31 de Outubro de 2011, 20 de Novembro de 2011, 25 de Maio de 2012 e 31 de Julho de 2012.

Administração Central do Sistema de Saúde, *Contas Globais do SNS – Relatórios de Contas de 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 e 2010*, disponíveis em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/SNS/InformaçãodeGestão/tabid/124/language/pt-PT/Default.aspx>, acessidas em 15 de Julho de 2012, 20 de Agosto de 2012, 31 de Agosto de 2012 e 15 de Setembro de 2012.

Administração Central do Sistema de Saúde, *Relatório de Atividade do Setor Convencionado: MCDT 2008/2009 e MCDT 2009/2010*, disponíveis em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/SetorConvencionado/tabid/448/language/pt-PT/Default.aspx>, acessidos em 15 de Agosto de 2012, 31 de Agosto de 2012 e 15 de Setembro de 2012.

Administração Central do Sistema de Saúde, *Tabelas de preços de MCDT das entidades convencionados de Abril 2007, Janeiro 2008, Setembro 2008, Fevereiro 2009, Outubro 2009, Janeiro 2010, Outubro 2010, Janeiro 2011, Julho 2011, Setembro 2011, Outubro 2011, Novembro 2011, Janeiro 2012 e Agosto de 2012*, disponíveis em <http://www.acss.min-saude.pt>

saude.pt/DownloadsePublicações/TabelaseImpressos/Convencionados/tabid/143/language/pt-PT/Default.aspx, acedidas em 31 de Julho de 2012, 15 de Agosto de 2012, 31 de Agosto de 2012 e 15 de Setembro de 2012.

Administração Central do Sistema de Saúde, *Tabelas de preços do SNS – Portaria n.º 567/2006, de 23 de Janeiro, Portaria n.º 110-A/2007, de 23 de Janeiro, Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro e Portaria n.º 839-A/2009, de 31 de Julho*, disponíveis em <http://www.acss.min-saude.pt/DownloadsePublicações/TabelaseImpressos/PreçosdoSNS/tabid/141/language/pt-PT/Default.aspx>, acedidas em 31 de Maio de 2012 e 31 de Julho de 2012.

Araújo, F. (2005), *Introdução à Economia – 3.ª Edição*, Coimbra, Edições Almedina.

Arrow, K. J. (1963), “Uncertainty and the welfare economics of medical care”, *The American Economic Review*, Vol. 53, N.º 5, pp. 941-973.

Associação Portuguesa de Economia da Saúde (APES), <http://www.apes.pt/>, acedido em 25 de Julho de 2012 e 10 de Setembro de 2012.

Azevedo, H. (2011), *Economias de Escala em Centros Hospitalares*, Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública (Dissertação de Mestrado).

Barros, P. P. (2009), *Economia da Saúde – Conceitos e Comportamentos – 2.ª Edição Revista*, Coimbra, Edições Almedina.

Campos, A. C. (2008), *Reformas da Saúde, O Fio Condutor*, Coimbra, Edições Almedina.

Centro Hospitalar de Coimbra, EPE (CHC), <http://www.chc.min-saude.pt/>, acedido em 7 de Setembro de 2012.

Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, *Movimento Assistencial de 2011 do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE*, disponível em http://www.chc.min-saude.pt/organizacao/oferta/?sm=3_4, acedido em 7 de Setembro de 2012.

Centro Hospitalar de Coimbra, EPE, *Relatório e Contas de 2010 do Centro Hospitalar de Coimbra, EPE*, disponível em http://www.chc.min-saude.pt/organizacao/relatoriocontas/?sm=3_11, acedido em 8 de Setembro de 2012.

Centro Hospitalar de S. João, EPE (CHSJ), <http://www.chsj.pt/>, acedido em 5 de Setembro de 2012.

Centro Hospitalar de S. João, EPE, *Relatório e Contas de 2011 do Centro Hospitalar de S. João, EPE*, disponível em http://www.chsj.pt/PageGen.aspx?WMCM_PaginaId=32839, acedido em 5 de Setembro de 2012.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE (CHVNGE), <http://www.chvng.pt/>, acedido em 6 de Setembro de 2012.

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, *Relatório e Contas de 2010 do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE*, disponível em http://www.chvng.pt/assets/html/info_RC.html, acedido em 6 de Setembro de 2012.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC), <http://www.huc.min-saude.pt/>, acedido em 6 de Setembro de 2012.

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE, *Relatório e Contas de 2009 dos Hospitais da Universidade de Coimbra, EPE*, disponível em <http://84.16.230.166/paginas/informacoes-uteis/relatorios-contas.php>, acedido em 6 de Setembro de 2012.

Clewers, A.; Perkins, D. (1998), *Economics for Health Care Management*, London, Prentice Hall.

Direcção Geral de Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), <http://www.adse.pt/>, acedido em 15 de Agosto de 2012, 31 de Agosto de 2012 e 25 de Setembro de 2012.

Direcção Geral de Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), *Tabelas de preços e regras do regime convencionado com a ADSE dos anos de 2006 e 2012*, disponíveis em [ADSE - Menu Geral - Downloads - Prestadores](#), acedidas em 15 de Agosto de 2012 e 31 de Agosto de 2012.

Direcção Geral de Protecção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas (ADSE), *Relatório de Atividades de 2011 da ADSE*, disponível em <http://www.adse.pt/page.aspx?idCat=72&IdMasterCat=4&contentId=692>, acedido em 31 de Agosto de 2012.

Eira, A. (2010), *A Saúde em Portugal: A procura de cuidados de saúde privados*, Universidade do Porto, Faculdade de Economia (Dissertação de Mestrado).

Entidade Reguladora da Saúde (ERS), <http://www.ers.pt>, acedido em 10 de Julho de 2012, 25 de Agosto de 2012 e 15 de Setembro de 2012.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS), *As Convenções em 2008*, Maio de 2008, disponível em http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/90/Estudo_Convencoes_2008.pdf, acedido em 10 de Agosto de 2012.

Entidade Reguladora da Saúde (ERS), *Estudo Sobre a Concorrência no Sector das Análises Clínicas*, Agosto de 2008, disponível em

http://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/88/AClinicas-Estudo.pdf, acedido em 25 de Agosto de 2012.

Estorninho, M. J. (2008), *Organização Administrativa da Saúde*, Coimbra, Edições Almedina.

Grossman, M. (1972), “On the concept of Health capita and the demand for health”, *Journal of Political Economy*, pp. 223-255.

Henderson, J. (1999), *Health economics and policy*, Cincinnati, Ohio, South-Western College Publishing.

Hospitais EPE, <http://www.hospitaisepe.min-saude.pt>, *Relatório de Gestão e Contas de 2008 do Centro Hospitalar do Nordeste, EPE*, disponível em http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Informacao_Gestao/Relatorios_Contas/relatorios_2008/CHNE.htm, acedido em 8 de Setembro de 2012.

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPOPFG), <http://www.ipoport. min-saude.pt/>, acedido em 7 de Setembro de 2012.

Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE, *Relatório e Contas de 2010 do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE*, disponível em http://www.ipoport. min-saude.pt/Hospital/RelatorioContas/?sm=1_4, acedido em 7 de Setembro de 2012.

Mahnovski, S. *et al.* (2002), *The Elasticity of Demand for Health Care. A Review of the literature and Its Application to the Military Health System*, National Defense Research Institute, Rand Health.

Matias, A. (1995), *O Mercado de Cuidados de Saúde*, Associação Portuguesa de Economia da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, (Documento de Trabalho).

Newhouse, J. P. (1996), “Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production versus Selection”, *Journal of Economic Literature*, Vol. 34, N.º 3, pp. 1236-1263.

Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico (OCDE), *OECD Health Data, 2012*, disponível em <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>, acedido em 10 de Julho de 2012 e 20 de Agosto de 2012.

Picard, P. (1987), “On the design of incentive contracts under moral hazard and adverse selection”, *Journal of Public Economics*, Vol. 33, N.º 3, pp. 305-332

Pires, B. (2010), *O Impacto da variação do preço na procura de cuidados de saúde*, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa (Dissertação de Mestrado).

Reis, V. (2007), *Gestão em saúde: um espaço de diferença*, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

Rothschild, M. e Stiglitz, J. (1976), “Equilibrium in competitive insurance markets: an essay on the economics of imperfect information”, *Quarterly Journal of Economics*, Vol. 36, N.º 4, pp. 387-389.

Simões, J. *et al.*, (2010), *30 Anos do Serviço Nacional de Saúde. Um percurso comentado*, Coimbra, Edições Almedina.

Theilen, B. (2003), “Simultaneous Moral Hazard and Adverse Selection with Risk Adverse Agents”, *Economics Letters*, Vol. 79, N.º 3, pp. 283-289.

Wilson, C. (1977), “A Model of Insurance Markets with Incomplete Information”, *Journal of Economic Theory*, Vol. 16, pp. 167-207.

Zou, L. (1992). “Threat-Based Incentive Mechanism under Moral Hazard and Adverse Selection”, *Journal of Comparative Economics*, Vol. 16, N.º 1, pp. 47-74.